

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'IMPACT DU SOUTIEN SOCIAL SUR L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE À
LA SUITE D'UN ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE CHEZ LES POLICIERS: UNE ÉTUDE
LONGITUDINALE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
CÉLINE NADEAU

MAI 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

En premier lieu, j'aimerais remercier mon directeur de thèse, André Marchand, pour la grande confiance qu'il m'a témoignée tout au long de mon parcours doctoral. Son expertise dans le domaine du stress post-traumatique, son appui constant, sa disponibilité et son intérêt soutenu pour le projet et pour mon cheminement furent des plus appréciés. Je souhaiterais également souligner le travail de Jean Bégin qui m'a offert de nombreux et précieux conseils afin d'orienter les analyses statistiques de cette recherche. Merci aussi à Stéphane Guay pour ses judicieux commentaires apportés à certaines étapes importantes de cette recherche.

Je tiens également à témoigner ma gratitude à tous les policiers qui ont si gentiment accepté de participer à cette étude. Leur générosité et leur rigueur font d'eux des participants de recherche hors du commun. Je souhaiterais aussi remercier Monsieur Normand Martin, psychologue et chef de section du Programme d'aide aux policiers et policières (PAPP) de la Ville de Montréal, tous les membres du comité paritaire du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM), Monsieur Yves Francoeur, président à la Fraternité des policiers et policières de Montréal, Monsieur Charles Plante, Conseiller à l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail secteur « affaires municipales » (APSAM) ainsi que Monsieur Denis Côté, Président de la Fédération des policiers et policières municipaux du Québec (FPMQ), pour leur collaboration au recrutement de participants.

Mes remerciements s'adressent également à l'ensemble des évaluatrices et assistantes de recherche, dont entre autre Sophie Lacerte et Myra Gravel Crevier, qui m'ont apporté une aide précieuse à travers plusieurs étapes de cette recherche. Je leur suis immensément reconnaissante pour leur collaboration. Un merci spécial à Joannie Poirier-Bisson pour m'avoir si bien assistée dans de si nombreuses tâches et fonctions de ce projet de recherche et de mon parcours doctoral. Merci à Joannie pour son assiduité, son amabilité et sa bonne humeur pendant toutes ces années. Je remercie également Mélissa Martin, pour avoir contribué à la mise sur pied d'un vaste programme de recherche auprès des policiers comprenant un volet prospectif duquel découle cette étude. Je tiens à exprimer ma profonde

reconnaissance à Mélissa pour avoir ainsi ouvert la voie à cette thèse doctorale, pour son expertise dans le domaine du stress post-traumatique, pour sa collaboration précieuse à plusieurs étapes de cette étude, pour son enthousiasme, sa grande gentillesse et son amitié.

Je tiens aussi à remercier ma famille qui constitue une source inestimable de soutien et de stabilité. Merci à mes parents pour leur amour et pour la fierté qu'ils m'ont toujours témoignée. Merci à ma sœur pour croire en moi, pour avoir toujours su m'encourager et pour être tout simplement la meilleure de toutes les sœurs. Merci à Jérémy, Stéphanie et Valérie pour faire partie de ma vie et pour les nombreux moments de plaisir passés ensemble. Et surtout, merci à Richard pour son amour, sa complicité et son sens de l'humour de tous les instants. Je tiens à exprimer mon extrême gratitude pour son soutien inébranlable, pour avoir toujours cru en moi ainsi que pour avoir accepté les conséquences qui découlent de mon choix d'entreprendre ce long parcours universitaire.

Finalement, j'aimerais remercier chaleureusement tous mes amis qui ont toujours su m'apporter de la joie et m'inspirer. Un merci spécial à mes collègues et amies que j'ai eu la chance de rencontrer et de côtoyer tout au long de mes études en psychologie, Danièle, Karine, Mélissa, Vanessa, Nancy, Mariko, Alessandra, Andréa, Joannie, Catherine, Line, Emily, Roseline, Marie-Josée, et les autres. Leur compagnie a rendu mon parcours tellement plus agréable et enrichissant.

La réalisation de cette thèse a été rendue possible grâce à l'obtention de bourses du Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH), de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) et des Fonds de recherche du Québec-Société et culture (FRQSC). Je tiens à remercier vivement ces organismes pour leur soutien financier.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	xi
RÉSUMÉ.....	xiii
CHAPITRE I INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
1.1 Mise en contexte.....	3
1.2 Définition et critères diagnostiques de l'ÉSPT et de l'ÉSA	4
1.3 Prévalence de l'ÉSPT	5
1.4 L'importance du soutien social comme facteur prévisionnel de l'ÉSPT	6
1.5 Le soutien social: un construit multidimensionnel.....	7
1.5.1 Types et sources de soutien	8
1.5.2 Soutien perçu et soutien reçu	9
1.5.3 Interactions sociales négatives	9
1.6 Modèles explicatifs des effets du soutien social sur l'ÉSPT	10
1.7 Évidences empiriques des effets du soutien social sur l'ÉSPT chez les policiers .	12
1.8 Les limites des études existantes chez les policiers	16
1.9 Les objectifs de la thèse	19
1.10 Le contenu de la thèse	20
CHAPITRE II CONCEPTION ET VALIDATION D'UN INSTRUMENT DE MESURE DU SOUTIEN SOCIAL AUPRÈS DES POLICIERS.....	23
Résumé	27
Abstract	29
Méthodologie	35
Participants.....	35
Procédures.....	35
Instruments de mesure.....	36
Résultats	40

Analyse factorielle.....	40
Analyse de distribution des scores	41
Indices de fidélité	42
Indices de validité.....	42
Discussion.....	44
Références.....	52
 CHAPITRE III LE SOUTIEN SOCIAL ET L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES POLICIERS: UNE ÉTUDE LONGITUDINALE	 57
Résumé.....	61
Abstract.....	63
Current Study.....	67
Method.....	68
Participants	68
Procedure	68
Measures	69
Results	70
Predictors of PTSD Symptoms.....	72
Discussion.....	73
Social Support as Predictor of PTSD	74
Longitudinal Perspective of Social Support as Predictor of PTSD.....	77
Limitations and Strengths.....	78
Conclusions and Future Research	79
Clinical Implications	79
References.....	84
 CHAPITRE IV DISCUSSION GÉNÉRALE	 89
4.1 Synthèse des principaux résultats	91
4.1.1 Validation d'un outil de mesure du soutien social auprès des policiers.....	91
4.1.2 L'impact du soutien social sur les symptômes d'ÉSPT chez les policiers.....	92
4.2 Comprendre l'association positive entre le soutien reçu et les symptômes d'ÉSPT	93

4.3	Implications cliniques des résultats.....	100
4.3.1	Prévention primaire.....	100
4.3.2	Prévention secondaire	101
4.3.3	Dépistage et évaluation	103
4.3.4	Prévention tertiaire.....	104
4.4	Considérations méthodologiques	108
4.4.1	Limites du programme de recherche.....	108
4.4.2	Forces du programme de recherche	110
4.5	Pistes de recherche	110
4.5.1	Déterminer les combinaisons optimales des multiples facettes du soutien social.....	111
4.5.2	Étudier davantage et plus en profondeur le soutien reçu	112
4.5.3	Utiliser plusieurs méthodes d'évaluation.....	113
4.5.4	Étudier les facteurs qui influencent la mobilisation de l'entourage à apporter du soutien.....	114
4.5.5	Étudier les facteurs qui influencent les comportements de recherche de soutien.....	116
4.5.6	Évaluer l'impact de l'ÉSPT sur le soutien social.....	117
4.5.7	Investiguer les relations entre le soutien social et l'ÉSPT selon le sexe de la victime	118
4.5.8	Utiliser une terminologie commune.....	119
4.6	Transfert des connaissances	120
4.7	Conclusion générale	120

APPENDICE A CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET DE L'ÉTAT DE STRESS AIGU.....	123
--	-----

APPENDICE B ACCUSÉS DE RÉCEPTION DES ÉDITEURS DES REVUES SCIENTIFIQUES.....	129
---	-----

APPENDICE C TABLEAU SUR LES STRATÉGIES D'INTERVENTION LIÉES AU SOUTIEN SOCIAL	133
---	-----

APPENDICE D TABLEAU DES CONSEILS GÉNÉRAUX SUR LES COMPORTEMENTS DE SOUTIEN	137
APPENDICE E FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS DE L'ÉTUDE	141
APPENDICE F ENTREVUE ET QUESTIONNAIRES (TEMPS 1)	147
APPENDICE G ENTREVUE ET QUESTIONNAIRES (TEMPS 2).....	175
APPENDICE H ENTREVUE ET QUESTIONNAIRES (TEMPS 3).....	199
APPENDICE I ENTREVUE ET QUESTIONNAIRES (TEMPS 4)	223
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.....	247

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

CHAPITRE II

Tableau 1	Moyennes, écarts-types et étendues des scores des variables étudiées	49
Tableau 2	Corrélations entre l' <i>EPSS</i> et l' <i>ISP</i>	50
Tableau 3	Corrélations entre les mesures du soutien social de l' <i>EPSS</i> et la présence de symptômes d'ÉSA, d'ÉSPT et de dépression.....	51

CHAPITRE III

Tableau 1	Means, Standard Deviations and Range Values of the Study Variables	81
Tableau 2	Correlations Between Study Variables.....	82
Tableau 3	Summary of Hierarchical Regression Analyses with ASD or PTSD Symptoms as Dependent Variables.....	83

APPENDICE

Tableau C.1	Cible d'intervention, objectifs et stratégies pouvant améliorer le soutien social d'un individu en ÉSPT.....	133
Tableau D.1	Conseils généraux pouvant être dispensés aux proches d'un individu en ÉSPT.....	137

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

APA	American Psychiatric Association
APSAM	Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail secteur « affaires municipales »
ASD	Acute stress disorder
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
EPSS	Entrevue semi-structurée sur la perception du soutien social
ÉSA	État de stress aigu
ÉSPT	État de stress post-traumatique
ÉT	Événement traumatique
FPMQ	Fédération des policiers et policières municipaux du Québec
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
ISN	Interactions sociales négatives
ISP	Inventaire de soutien perçu
NSI	Negative social interactions
PAPP	Programme d'aide aux policiers et policières
PTSD	Posttraumatic stress disorder
SPVM	Service de Police de la Ville de Montréal

RÉSUMÉ

Les policiers, par la nature de leur travail, constituent une population à haut risque d'être exposée à des événements traumatiques (ÉT) et demeurent donc susceptibles de développer un état de stress post-traumatique (ÉSPT). Chez diverses populations victimes de trauma, le soutien social apparaît comme un prédicteur important à la modulation des symptômes d'ÉSPT. Malgré la portée significative de cette variable, il existe actuellement peu d'études prospectives et longitudinales traitant de l'impact du soutien social en lien avec l'ÉSPT chez les policiers. La présente étude vise à dresser un portrait global, sur une période de 12 mois, des symptômes d'ÉSPT, des interactions sociales négatives (ISN), du soutien positif (perçu et reçu) tels que rapportés par des policiers québécois récemment exposés à un ÉT. Afin d'évaluer en profondeur le soutien social, un nouvel instrument de mesure adapté pour la population policière et intégrant les multiples facettes du construit du soutien social a été développé et validé dans le cadre de cette recherche. L'étude tente également d'identifier, à l'aide du nouvel outil, quelles sont les dimensions du soutien social et à quel(s) moment(s) celles-ci prédisent la symptomatologie post-traumatique. Pour ce faire, 83 policiers récemment impliqués dans un ÉT dans le cadre de leur travail ont été recrutés de quatre services de police municipaux au Québec. Ils ont été évalués à quatre moments, soit 2 semaines, 1 mois, 3 mois et 12 mois après l'événement.

Le chapitre I du présent document expose les principaux concepts liés au soutien social et à son évaluation ainsi que l'état des connaissances actuelles concernant l'impact du soutien social sur l'ÉSPT chez les policiers.

Le chapitre II, pour sa part, porte sur la validation du nouvel instrument de mesure du soutien social développé pour cette étude. À la lumière des résultats obtenus, il semble que l'outil présente des qualités psychométriques satisfaisantes et offre plusieurs atouts dont celui de couvrir largement le construit du soutien social, ce qui en fait un outil d'évaluation prometteur tant sur le plan de la recherche que de la clinique.

Par la suite, le chapitre III examine la relation entre les symptômes d'ÉSPT et les différentes dimensions du soutien social mesurées. Dans l'ensemble, les résultats démontrent l'importance des ISN, et du soutien perçu et reçu tôt après l'ÉT. En effet, tant les ISN que le soutien positif (perçu et reçu) dans les deux premières semaines après l'événement prédisent les symptômes post-traumatiques à moyen terme (jusqu'à trois mois plus tard dans le cas du soutien positif). Les résultats confirment ainsi les données d'autres études chez les policiers quant à l'importance de la perception d'un soutien disponible et adéquat (soutien perçu) pour favoriser le rétablissement à la suite d'un ÉT. Par surcroît, cette recherche vient ajouter aux connaissances actuelles en démontrant, auprès des policiers, que les ISN sont également associées à l'ÉSPT et peuvent constituer un facteur potentiellement nuisible à leur rétablissement. Cependant, dans le cas du soutien reçu, les résultats indiquent une association positive plutôt que négative avec la symptomatologie. Ce résultat qui semble de prime abord contre-intuitif, génère un certain questionnement et vient suggérer à la communauté scientifique de prêter davantage attention à cette dimension du soutien social.

qui se trouve plus rarement évaluée. Enfin, le faible taux d'ÉSPT obtenu dans cette étude se trouve en accord avec plusieurs autres études récentes qui tendent à démontrer que les policiers soient résilients malgré des expositions répétées à des ÉT dans l'exercice de leurs fonctions.

Pour terminer, le chapitre IV constitue une discussion générale de l'ensemble des résultats obtenus. Différentes considérations méthodologiques, implications cliniques et pistes de recherches futures y sont également exposées.

Mots clés : État de stress post-traumatique, soutien social, policiers, interactions sociales négatives.

CHAPITRE I
INTRODUCTION GÉNÉRALE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1.1 Mise en contexte

Dans leurs fonctions quotidiennes, les policiers¹ se trouvent régulièrement confrontés à des événements potentiellement traumatiques comme des fusillades, des émeutes, ou être appelés à intervenir sur les lieux de drames familiaux, d'homicides, de suicides ou de graves accidents. Selon une analyse provenant des données de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST), les policiers comptent parmi les groupes de travailleurs les plus exposés à des actes violents en milieu de travail (Hébert, Duguay, & Massicotte, 2003). Les actes de violence au travail et les événements traumatiques² (ÉT) peuvent entraîner des répercussions considérables au plan du fonctionnement psychosocial et même engendrer un état de stress post-traumatique (ÉSPT) (Carlier, 1999; Loo, 1986; McNally & Solomon, 1999).

Le présent projet, subventionné par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), est issu d'une demande de la part du Programme d'aide aux policiers et policières (PAPP) du Service de la Ville de Montréal (SPVM) et du comité paritaire du SPVM. Cette initiative proposait d'identifier les facteurs prévisionnels de l'ÉSPT afin de pouvoir mieux prévenir ce trouble. Par ailleurs, le projet de recherche se retrouve exactement dans la direction où l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail secteur « affaires municipales » (APSAM) veut se positionner. En effet, l'APSAM, qui a pour mission de développer des moyens de protéger la santé, la sécurité et l'intégrité

¹ Le genre masculin est employé dans son sens générique et n'implique aucune discrimination fondée sur le genre.

² Le terme événement traumatique sera employé tout au long de cette thèse afin de désigner tout événement qui a un potentiel traumatisant. Un événement traumatique ne mène pas nécessairement à des réactions post-traumatiques. Un incident critique ou un événement majeur, utilisé dans le jargon policier, est considéré comme un événement de nature potentiellement traumatique.

physique et de faciliter la prise en charge par le milieu, se sensibilise de plus en plus aux risques psychosociaux du monde policier et aimerait aborder la question des traumatismes que peuvent subir les policiers dans l'exercice de leurs fonctions. Ainsi, l'APSAM a donné également son appui dans l'application du projet de recherche.

Le programme de recherche global comprend un volet rétrospectif et un volet prospectif. La présente thèse doctorale s'inscrit dans le volet prospectif et concerne spécifiquement l'analyse de la variable du soutien social en tant que facteur prévisionnel de la modulation des symptômes d'ÉSPT chez les policiers qui ont récemment vécu un ÉT dans le cadre de leur travail.

1.2 Définition et critères diagnostiques de l'ÉSPT et de l'ÉSA

L'ÉSPT se caractérise par une réaction de stress en réponse à un événement possédant un caractère traumatique. Dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text revised)* (*DSM-IV-TR*; American Psychiatric Association [APA], 2000), l'APA considère qu'un événement est traumatique dans la mesure où la personne est victime, témoin ou confrontée à un ou plusieurs événements qui représentent une menace pour sa vie ou pour son intégrité physique ou encore pour la vie ou l'intégrité physique d'autrui. De plus, selon le *DSM-IV-TR* la personne doit réagir face à cette expérience avec au moins une des trois émotions suivantes: un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur.

Outre le fait d'avoir été exposé à un ÉT, le *DSM-IV-TR* énonce que trois autres catégories de symptômes doivent être présentes pour établir un diagnostic d'ÉSPT: 1) les reviviscences; 2) l'évitement de stimuli associés au traumatisme et l'émoussement de la réactivité générale; et 3) l'hyperactivation neurovégétative. Les symptômes de reviviscence se manifestent par des souvenirs ou des rêves répétitifs qui engendrent de la détresse, une impression que l'événement va se reproduire, ainsi qu'un sentiment de détresse intense ou des réactions physiques lors de l'exposition à des éléments qui rappellent l'événement. Au moins une de ces manifestations doit être constatée pour conclure à la présence de cette

catégorie de symptômes. Pour ce qui est de l'évitement des stimuli associés au trauma et l'émoussement de la réactivité, cela se traduit par au moins trois des manifestations suivantes: des efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme; des efforts pour éviter les activités, les lieux ou les gens qui éveillent des souvenirs du trauma; une incapacité à se rappeler certains aspects importants de l'événement; une baisse d'intérêt pour les activités qui avaient une importance avant le trauma; un sentiment de détachement d'autrui; une restriction des affects et; un sentiment d'avenir bouché. La catégorie des symptômes d'hyperactivation neurovégétative se traduit par: des difficultés de sommeil; de l'irritabilité ou des accès de colère; des difficultés de concentration; de l'hypervigilance; et des réactions de sursauts exagérés. Au moins deux de ces symptômes doivent être présents pour affirmer que cette catégorie est présente. Par ailleurs, pour poser un diagnostic d'ÉSPT, les trois catégories de symptômes doivent persister au-delà d'un mois et entraîner une détresse significative ou une altération importante du fonctionnement de la personne. L'ÉSPT est qualifié d'aigu si les symptômes ne perdurent pas plus de trois mois et de chronique s'ils excèdent trois mois. Finalement, lorsque les symptômes post-traumatiques surviennent à l'intérieur du premier mois et durent entre deux jours et quatre semaines, un diagnostic d'état de stress aigu (ÉSA) peut être établi. À la différence des critères de l'ÉSPT, ceux de l'ÉSA requièrent par surcroît la présence d'au moins trois symptômes dissociatifs. L'appendice A présente les critères diagnostiques de l'ÉSPT et de l'ÉSA, tirés de la version française du *DSM-IV-TR*, soit le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (APA, 2003).

1.3 Prévalence de l'ÉSPT

Des études épidémiologiques portant sur des citoyens américains indiquent que le taux de prévalence à vie de l'ÉSPT se situe à 6,8% (Kessler, Berglund et al, 2005) et à 9% pour les Canadiens (Van Ameringen, Mancini, Patterson, & Boyle, 2008). Chez les policiers, le taux est estimé autour de 12 et 35% (Mann & Neece, 1990). Cependant, il semble que les études plus récentes auprès de la population policière révèlent des taux de prévalence plus conservateurs qui vont de 0,4% chez des policiers recrutés dans les régions de la Californie et de New York (Yuan et al, 2011) à 9% pour des policiers brésiliens (Maia et al., 2007).

1.4 L'importance du soutien social comme facteur prévisionnel de l'ÉSPT

Alors que la plupart des individus exposés à un ÉT peuvent vivre des réactions post-traumatiques dans les jours qui suivent l'événement, la majorité d'entre eux vont récupérer assez rapidement après un certain temps sans développer un ÉSPT. La modulation des réactions post-traumatiques à la suite d'un ÉT provient principalement de l'interaction entre les facteurs de risque et de protection propres à chacun des individus et à leur environnement, plutôt que l'ÉT en soi. Les facteurs de risque sont des variables qui contribuent à la probabilité que l'exposition à l'ÉT entraîne des conséquences négatives sur la santé mentale de l'individu comme le développement, le maintien ou l'exacerbation des symptômes d'ÉSPT. À l'opposé, les facteurs de protection correspondent aux composantes qui peuvent prévenir l'apparition de symptômes post-traumatiques ou atténuer leur intensité (Jourdan-Ionescu, 2001; King, Vogt, & King, 2004). Trois méta-analyses récentes qui analysent l'impact des facteurs de risque et de protection de l'ÉSPT chez diverses populations victimes de trauma font ressortir le soutien social comme une variable prédictive importante du développement de l'ÉSPT. La méta-analyse de Brewin, Andrews et Valentine (2000) qui a examiné 14 facteurs de risque associés à l'ÉSPT provenant de 77 études révèle que le manque de soutien social s'avère être le facteur de risque le plus saillant avec une ampleur de l'effet de 0,40. Deux méta-analyses subséquentes (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003; 2008) portant sur 7 prédicteurs et répertoriant 68 études démontrent que le soutien social perçu après l'ÉT compte parmi les plus forts prédicteurs de l'ÉSPT avec une ampleur de l'effet de -0,28. Ainsi, un niveau élevé de soutien perçu à la suite d'un ÉT est associé négativement à la sévérité des symptômes d'ÉSPT. Dans les méta-analyses de Ozer et ses collaborateurs, seule la dissociation péritraumatique avec une ampleur de l'effet de 0,35 devance le soutien social comme prédicteur. Ces résultats suggèrent d'examiner de manière détaillée l'impact du soutien social puisqu'il apparaît comme un facteur pouvant grandement influencer la modulation des réactions post-traumatiques.

Avant de continuer, une mise en garde s'impose concernant les termes « prédicteur », « facteur de risque » et « facteur de protection » qui seront fréquemment utilisés dans le cadre de cette thèse. Théoriquement, ces termes impliquent un lien de

causalité avec la variable dépendante (les symptômes d'ÉSPT). Toutefois, les études recensées portant sur les facteurs prévisionnels de l'ÉSPT utilisent ces terminologies malgré que leurs devis de recherche ne permettent pas d'établir un tel lien causal. À titre d'exemple, les études répertoriées dans les trois méta-analyses discutées précédemment sont presque toutes de nature rétrospective et la grande majorité des variables examinées n'ont pas été mesurées avant l'ÉT ou avant le développement des symptômes. Ces méta-analyses et les études qu'elles incluent utilisent donc les termes prédicteur, facteur de risque et facteur de protection en sous-entendant uniquement des indications de corrélations (positives ou négatives) avec la variable dépendante et non des liens de causalité. Or, le protocole du présent programme de recherche ne permet pas, lui non plus, de déterminer des liens de cause à effet entre les variables étudiées (le soutien social et l'ÉSPT). Par conséquent, il importe de souligner qu'à l'instar des études recensées portant sur les facteurs prévisionnels de l'ÉSPT, les termes de prédicteur, facteur de risque et facteur de protection seront employés tout au long de cette thèse en faisant uniquement référence à des associations entre les variables étudiées sans jamais impliquer de liens de causalité.

1.5 Le soutien social: un construit multidimensionnel

Le soutien social fait référence aux interactions et aux ressources provenant d'autres individus qui peuvent être utiles pour aider une personne à composer avec une difficulté (Wills & Fegan, 2001). Cette définition plutôt large sous-tend une variété de perspectives selon lesquelles on peut mesurer ce construit. Il existe actuellement plusieurs instruments de mesure du soutien social (pour une recension systématique, voir Wills & Shinar, 2000). La présence de nombreuses échelles de mesure reflète la difficulté à bien mesurer cette variable et surtout la nature multidimensionnelle du construit du soutien social. Alors que certains instruments mesurent le soutien structurel, qui renvoie à la quantité de personnes ressources ou de liens sociaux que la personne possède, d'autres mesurent le soutien fonctionnel, qui a trait à la qualité des ressources disponibles et à la perception de l'individu concernant l'accomplissement de certaines fonctions par ses proches (Wills & Fegan, 2001). Les études auprès de victimes de trauma suggèrent que le soutien fonctionnel soit plus fortement relié à

la sévérité des réactions post-traumatiques que le soutien structurel (Charuvastra & Cloitre, 2008; King, King, Foy, Keane, & Fairbank, 1999).

1.5.1 Types et sources de soutien

Le soutien émotionnel, informationnel, tangible et de camaraderie représentent les principaux types du soutien social fonctionnel. Le soutien émotionnel comprend le fait de pouvoir se confier à quelqu'un, de se sentir compris, apprécié (soutien d'estime) et accepté. Le soutien informationnel se présente sous forme de conseils ou de feedbacks qui aident l'individu à mieux comprendre et à mieux gérer des situations difficiles. Le soutien tangible consiste en une aide matérielle ou financière ou en services offerts ou rendus à l'individu dans le besoin. Enfin, le soutien de camaraderie permet à l'individu de relaxer et de se changer les idées en partageant avec lui diverses activités de détente et de loisirs. Parmi les instruments recensés, certains ne mesurent qu'un seul type de soutien comme le *Social Support Questionnaire (SSQ)*; Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983) qui ne cible que la dimension émotionnelle du soutien alors que d'autres en regroupent plusieurs tel que le *Social Support Behaviors Scale (SS-B)*; Vaux, Riedel, & Stewart, 1987) qui mesure le soutien émotionnel, informationnel, tangible et de camaraderie.

Les instruments varient également selon les sources de soutien évaluées. Certains outils mesurent le soutien perçu ou reçu de l'ensemble du réseau alors que d'autres discernent la provenance selon qu'il s'agit du conjoint, de la personne la plus significative dans la vie de l'individu, des proches en général, des amis, des membres de la famille ou des collègues de travail. Le *Social Provision Scale (SPS)*; Cutrona & Russell, 1987) constitue un exemple de questionnaires qui mesure le soutien de l'ensemble du réseau avec un score global qui ne distingue pas la provenance de l'aide. Quant aux questionnaires qui séparent les différentes sources de soutien, le *Perceived Social Support – Friends and Family Scale (PSS)*; Procidano & Heller, 1983) en représente un exemple. Il propose des scores distincts pour les amis et pour les membres de la famille.

1.5.2 Soutien perçu et soutien reçu

Les mesures du soutien social peuvent être divisées en deux grandes catégories: 1) le soutien reçu, qui consiste en la perception de la fréquence des comportements de soutien reçus; et 2) le soutien perçu, qui renvoie à la perception de la disponibilité du soutien si l'individu en avait besoin. L'*Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB*; Barrera, Sandler, & Ramsay, 1981) qui évalue la fréquence à laquelle l'individu reçoit différents comportements de soutien de son entourage représente un exemple d'une mesure du soutien reçu. Quant au soutien disponible perçu, l'*Interpersonal Support Evaluation List (ISEL*; Cohen & Hoberman, 1983) en montre un exemple avec des questions formulées comme suit: « Je connais quelqu'un qui pourrait m'aider si j'avais besoin de conseils pour gérer un problème personnel ». Aussi, mais plutôt rares, certains questionnaires comme le *Social Support Questionnaire (SSQ*; Sarason et al., 1983), évaluent la perception de la satisfaction du soutien reçu (satisfaction ou adéquation perçue) en demandant d'indiquer jusqu'à quel point l'individu se trouve satisfait du soutien reçu.

L'effet bénéfique du soutien perçu sur la santé mentale et les symptômes d'ÉSPT a été démontré de manière beaucoup plus constante comparativement au soutien reçu (Dunkel-Schetter & Bennett, 1990; Kaniasty, 2005; Wills & Shinar, 2000). Toutefois, le soutien reçu serait rarement investigué dans les recherches sur des populations victimes de trauma (Kaniasty, 2005). Selon Kaniasty, cette omission d'évaluer la dimension du soutien reçu s'expliquerait par le fait que plusieurs études rapportent une absence d'effet voire même parfois des associations positives entre le soutien reçu et la détresse psychologique. Plusieurs auteurs (Barrera et al., 1981; Dunkel-Schetter & Bennett, 1990; Wills & Shinar, 2000) soulignent comment les mesures du soutien reçu et perçu tendent à se démarquer et recommandent de mesurer davantage et conjointement ces deux dimensions afin d'élucider ce qui explique cette divergence dans les résultats.

1.5.3 Interactions sociales négatives

Le soutien social réfère habituellement à des interactions sociales positives qui apportent des effets bénéfiques chez l'individu, mais de plus en plus d'études font ressortir

que certaines interactions avec l'entourage peuvent s'avérer néfastes malgré souvent les bonnes intentions de ceux qui tentent d'apporter de l'aide. On parle alors d'interactions sociales négatives (ISN) qui peuvent se manifester par des critiques, de l'évitement, de l'impatience ou en banalisant de ce que la personne vit. Il apparaît que les ISN soient plus fortement liées que le soutien positif à la sévérité des symptômes d'ÉSPT (Andrews, Brewin, & Rose, 2003; Farnsworth & Sewell, 2011; Guay et al., 2011; Halvorsen & Kagee, 2010; Ullman & Filipas, 2001; Zoellner, Foa, & Brigidi, 1999). Aussi, il s'avère que le soutien positif et les ISN aient un impact sur les symptômes d'ÉSPT selon des processus distincts. L'étude de Koenen, Stellman, Stellman et Sommer (2003) démontre, chez des vétérans de guerre souffrant d'ÉSPT, que les interactions positives avec leur réseau social facilitent la récupération d'un ÉSPT alors que les ISN contribuent à son maintien. Une autre étude, mais cette fois auprès d'adultes présentant une histoire d'agressions sexuelles indique que les ISN représentent un facteur de risque au développement de symptômes d'ÉSPT alors que le soutien positif favorise la croissance post-traumatique suite au trauma (Borja, Callahan, & Long, 2006). Par contre, cette étude montre qu'à l'inverse, on ne retrouve pas de lien entre soutien positif et les symptômes d'ÉSPT ni entre les ISN et la mesure de la croissance post-traumatique. Ainsi, malgré les effets importants et distincts des ISN sur l'ÉSPT, il semble que peu d'outils intègrent cette mesure conjointement à la mesure du soutien positif.

1.6 Modèles explicatifs des effets du soutien social sur l'ÉSPT

Les modèles de Joseph, Williams et Yule (1997) et d'Ehlers et Clark (2000) comptent parmi les modèles étiologiques de l'ÉSPT qui tentent le mieux de décrire par quels processus le soutien social agit sur la modulation des symptômes d'ÉSPT. De plus, les deux modèles tiennent compte non seulement du soutien positif mais également des ISN.

Dans le modèle de Joseph et ses collaborateurs (1997), le soutien social fait partie du contexte environnemental de l'individu pouvant exercer une influence sur le processus d'assimilation de l'ÉT. La recherche de soutien social dans l'environnement constitue une stratégie active de gestion du stress alors que le soutien perçu des proches et les interactions avec ceux-ci représentent des facteurs qui peuvent atténuer ou accentuer le niveau de stress.

C'est à travers son influence sur les interprétations que la victime fait de ses cognitions liées à l'ÉT que le soutien social aurait un impact sur l'ÉSPT. Les cognitions liées à l'ÉT (se présentant souvent sous forme d'images) seraient à l'origine des symptômes de reviviscence et d'intrusion de l'ÉSPT. Selon ce modèle, ces images deviennent sujettes à un autre type de cognitions nommé *appraisals*, dont les *reappraisals* font partie (Williams & Joseph, 1999). Les *reappraisals* se définissent comme des perspectives alternatives qui résultent d'un processus conscient de recherche de significations alternatives aux cognitions liées à l'ÉT. Le dévoilement de la victime à d'autres personnes à l'intérieur de son réseau de soutien social ainsi que les représentations en mémoire, les émotions et les comportements de gestion du stress de la victime exerceraient tous une influence sur les *reappraisals*. Le modèle de Joseph et ses collaborateurs suggère donc que le point de vue d'autres personnes peut influencer, positivement ou négativement, comment la victime interprète l'ÉT, ce qui conséquemment aurait un impact sur ses symptômes post-traumatiques. À titre d'exemple (dans un contexte policier), un policier qui se blâme pour ne pas avoir bien réagi durant un ÉT et qu'un collègue lui mentionne qu'il aurait probablement utilisé les mêmes stratégies d'intervention dans les mêmes circonstances pourrait faire en sorte que le policier interprète ses comportements durant l'événement comme étant plus appropriés. Le modèle de Joseph et ses collaborateurs propose également que le soutien social influence, directement ou via les *reappraisals*, les états émotionnels de la victime (p. ex., peur, culpabilité, honte) et ses stratégies de gestion du stress (p. ex., le degré d'évitement des pensées, de comportements, d'émotions ou de stimuli associés à l'ÉT).

Quant au modèle d'Ehlers et Clark (2000), il postule que les symptômes d'ÉSPT persistent lorsque la victime analyse l'information reliée au trauma de façon à lui donner l'impression que le danger est toujours réel et actuel malgré le fait que le trauma relève du passé. Cette impression de danger éminent pour la victime s'expliquerait par le fait que celle-ci entretient une évaluation négative du trauma ou de ses conséquences. Tout comme le modèle de Joseph et ses collaborateurs (1997), Ehlers et Clark proposent que les réactions de l'entourage de la victime peuvent influencer, positivement ou négativement, les interprétations que la victime se fait du trauma. Ce modèle ajoute toutefois que les réactions de l'entourage peuvent également engendrer directement certains symptômes d'ÉSPT chez la

victime. À titre d'exemple, le fait que les proches évitent de parler de l'ÉT pourrait être interprété par la victime comme quoi son entourage se désintéresse d'elle ou qu'elle est responsable de ce qui lui est arrivé. De telles interprétations pourraient être directement reliées à des symptômes post-traumatiques tels que le sentiment de détachement d'autrui. Aussi, la victime pourrait s'isoler socialement, la privant ainsi d'opportunités pour discuter de l'ÉT avec d'autres personnes et de recevoir des points de vue alternatifs qui pourraient changer ses interprétations négatives à propos de l'ÉT.

1.7 Évidences empiriques des effets du soutien social sur l'ÉSPT chez les policiers

Plusieurs études chez les policiers ont démontré que la perception d'un soutien social disponible et satisfaisant représente un facteur de protection au développement de symptômes post-traumatiques. Une étude auprès de 527 policiers de la Nouvelle-Zélande révèle que ceux qui peuvent parler aisément au travail de leurs expériences traumatiques et de l'impact émotionnel de celles-ci et qui perçoivent une plus grande disponibilité de soutien de la part de leurs collègues ainsi que des superviseurs présentent moins de symptômes post-traumatiques (Stephens, 1997). De plus, les données provenant de ce même échantillon démontrent que des niveaux élevés de soutien disponible perçus des collègues, des supérieurs et des proches en dehors du travail sont associés négativement aux symptômes d'ÉSPT (Stephens & Long, 1999). Qui plus est, le fait de percevoir une meilleure disponibilité de soutien des collègues et de déceler une attitude d'ouverture à l'expression des émotions parmi les collègues représentent des variables qui modèrent la relation positive entre le nombre d'expériences traumatiques vécus et la symptomatologie post-traumatique (Stephens & Long, 1999). Cependant, les niveaux de disponibilité du soutien des proches et des superviseurs n'ont pas démontré cet effet modérateur.

Une analyse subséquente (Stephens & Long, 2000) auprès de ce même échantillon a évalué l'impact de différents aspects de la communication des policiers avec leurs collègues et supérieurs sur les réactions post-traumatiques. Les résultats révèlent que les effets de la communication sur les symptômes d'ÉSPT varient en fonction des aspects de la communication des policiers et de leurs niveaux de fréquence. Le fait de parler aisément au

travail des expériences traumatiques et d'avoir des communications positives à propos du travail (p. ex., parler des aspects positifs de leur métier) ressortent comme des variables qui modèrent la relation positive entre le nombre d'expériences traumatiques vécues et les réactions post-traumatiques. Autrement dit, le fait de pouvoir parler aisément des expériences traumatiques au travail et d'avoir des communications positives à propos du travail sont associés à une plus faible relation trauma/symptomatologie. De plus, un niveau modéré de communications sur les expériences perturbantes reliées au travail (comprenant des ÉT) avec les collègues présente aussi un effet modérateur sur la relation positive trauma/symptomatologie. Toutefois, un niveau élevé de fréquence de ce même contenu de communication ne présente pas un tel effet modérateur, mais au contraire, accentue la relation positive trauma/symptomatologie. Par ailleurs, la plupart des contenus de communication avec les superviseurs n'ont pas révélé d'effets modérateurs.

En somme, il semble que les policiers qui décèlent une attitude d'ouverture à l'expression des émotions parmi leurs collègues, qui rapportent pouvoir parler aisément au travail de leurs expériences traumatiques et qui perçoivent une disponibilité élevée de soutien des collègues, des superviseurs et des proches rapporteraient moins de symptômes d'ÉSPT. Le soutien provenant des collègues semble toutefois se démarquer des autres sources de soutien quant à sa capacité à montrer un effet de modération sur la relation positive trauma/symptomatologie.

Les données de ces trois analyses auprès du même échantillon ont été recueillies par le biais d'envois de questionnaires via le courrier interne de quelques services de police d'une même région de la Nouvelle-Zélande. Le nombre d'expériences traumatiques incluait le total des traumatismes vécus au cours de la vie du policier, tant au travail que dans sa vie privée. Les perceptions de la disponibilité du soutien des collègues, des superviseurs et des proches ont été mesurées avec le *Worksite Support Scale* (WSS; Caplan, Cobb, French, Van Harrison, & Pinneau, 1980; LaRocco, House, & French, 1980) qui évaluent le niveau de disponibilité du soutien émotionnel et tangible perçu pour les trois sources de soutien. Quant à l'évaluation des contenus de communications, Stephens et Long (2000) ont adapté un outil de mesure initialement développé par Beehr, King et King (1990) et Fenlason et Beehr

(1994) qui mesurait les communications dans un contexte de travail entre des commis de bureau, des infirmières et leurs supérieurs. Afin d'adapter l'instrument à la population policière, les chercheurs auraient remplacé certains termes comme « hôpital » par « poste de police » et auraient ajouté trois questions portant sur des communications à propos d'événements perturbants au travail.

Un autre étude, mais cette fois auprès de 715 policiers recrutés dans les régions de New York et de la Californie (Marmar et al., 2006), indique que parmi plusieurs facteurs de risque et de protection étudiés, le faible niveau de soutien social perçu ressort comme étant un facteur de risque important associé au développement de symptômes d'ÉSPT. Le soutien perçu a été évalué avec le *Source of Support Scale* (SOS; Kulka et al., 1990) qui comprend 10 questions ciblant la perception de la disponibilité de soutien émotionnel, tangible, informationnel et de camaraderie auprès de l'ensemble du réseau de soutien du policier. Une autre étude (Maia et al., 2011) ayant utilisé le même outil de mesure soit le *Source of Support Scale*, mais cette fois auprès d'un échantillon de 212 policiers brésiliens révèle également que la perception d'un faible niveau de soutien disponible représente un facteur de risque au développement de réactions post-traumatiques.

Par ailleurs, Prati et Pietrantonio (2010) ont étudié 509 policiers de la ville de Florence en Italie. Les analyses statistiques (analyses de grappes) suggèrent la présence de deux groupes de policiers (les policiers résilients et les non résilients) qui présenteraient des patrons différents de facteurs de risque et de protection. Le groupe des policiers résilients montre des niveaux plus élevés de facteurs de protection comme une bonne estime de soi et une perception d'une plus grande disponibilité de soutien tant des collègues, des amis que de la famille en comparaison au groupe de policiers non résilients. Les données de cette étude ont été recueillies par le biais d'un sondage. Les questionnaires autoadministrés ont été remplis par les policiers dans le cadre de 15 visites dans plusieurs postes de police à Florence. Une seule question, extraite du *Worksite Support Scale* (WSS; Caplan et al., 1980; LaRocco et al., 1980), a été utilisée pour mesurer la disponibilité du soutien émotionnel pour chaque source de soutien étudiée (collègues, amis, famille).

En outre, les résultats d'une étude rétrospective auprès de 132 policiers québécois soulignent qu'un meilleur niveau de satisfaction du soutien reçu de la part des confrères de travail pendant et immédiatement après un ÉT amènerait les policiers à être moins susceptibles de développer un ÉSPT (Martin, Marchand, Boyer, & Martin, 2009). Néanmoins, la satisfaction quant au soutien des supérieurs pendant et après l'ÉT ainsi que les ISN et le soutien positif reçu d'un proche significatif après l'événement ne sont pas ressortis comme facteur de protection (soutien positif) ou de risque (ISN) au développement de l'ÉSPT. Les niveaux de satisfaction du soutien reçu des confrères et des supérieurs ont été évalués à partir d'une question maison pour chaque source de soutien. L'*Inventaire de soutien perçu (ISP)* (Manne, Taylor, Dougherty, & Kemeny, 1997; Guay & Miller, 2000) a été employé pour mesurer la perception des ISN et du soutien positif reçu du proche le plus significatif du policier en dehors du travail.

Finalement, deux études prospectives et longitudinales réalisées chez les policiers (Carlier, Lamberts, & Gersons, 1997; Yuan et al., 2011) démontrent également que la disponibilité et la satisfaction du soutien social s'avèrent être des prédicteurs de la symptomatologie post-traumatique. L'étude de Carlier et ses collaborateurs (1997) indique que 3 mois après un ÉT, le peu de temps donné par l'employeur pour se remettre de l'événement et l'insatisfaction avec le soutien organisationnel prédisent les réactions d'ÉSPT. À 12 mois, d'autres facteurs sont associés à une symptomatologie plus sévère comme le manque de loisirs, l'insatisfaction avec l'emploi et le faible niveau de soutien disponible dans la vie privée. Les données ont été recueillies auprès de 262 policiers des Pays-Bas rencontrés en entrevue à 3 moments (2 semaines, 3 mois et 12 mois) après avoir vécu un ÉT. La perception de la disponibilité du soutien social dans la vie privée a été mesurée avec l'*Interpersonal Support Evaluation List (ISEL)* (Cohen & Hoberman, 1983) qui comprend les types de soutien émotionnel, d'estime, tangible et de camaraderie. Le soutien disponible perçu au travail a été mesuré avec le *Worksite Support Scale (WSS)* (Caplan et al., 1980; LaRocco et al., 1980).

Enfin, l'étude prospective et longitudinale de Yuan et ses collaborateurs (2011) auprès de 233 policiers recrutés dans les régions de New York et de la Californie révèle que

la perception d'un niveau élevé de disponibilité du soutien social mesurée pendant la formation académique des policiers est reliée à moins de symptômes d'ÉSPT après deux ans de service. Tout comme les études de Marmar et ses collaborateurs (2006) et Maia et ses collaborateurs (2011), cette étude a utilisé le *Source of Support Scale* pour évaluer la disponibilité perçue du soutien social. Parmi toutes les études chez les policiers, celle-ci est la seule qui présente l'avantage d'avoir mesuré le soutien social avant la survenue d'ÉT puisque les policiers ont été évalués pendant leur formation académique, donc avant qu'ils ne soient en service et vivent des ÉT au travail.

En résumé, des études chez les policiers ont démontré que la perception d'une plus grande disponibilité de soutien ou d'une plus grande satisfaction par rapport au soutien social sont liées à moins de symptômes d'ÉSPT. Également, d'autres études ont rapporté que la perception d'un faible niveau de soutien disponible ou l'insatisfaction avec le soutien organisationnel représentent des facteurs de risque au développement de l'ÉSPT.

1.8 Les limites des études existantes chez les policiers

Les recherches portant sur l'impact du soutien social en lien avec les réactions post-traumatiques chez les policiers sont peu nombreuses et présentent certaines limites sur le plan de leur méthodologie. D'abord, la plupart des études recensées à l'heure actuelle sont de nature rétrospective et transversale, ce qui implique qu'elles sont sujettes à des biais de rappel de la part des participants. Ensuite, à l'exception des études de Carlier et ses collaborateurs (1997) et de Martin et ses collaborateurs (2009), elles ne sont pas reliées à un ÉT spécifique survenu dans l'exercice des fonctions du policier, mais à l'ensemble des ÉT vécus au cours de sa vie (au travail et dans sa vie privée). Or, il devient difficile d'interpréter l'impact du soutien social offert après un ÉT spécifique survenu au travail. Aussi, les mesures du soutien social et des symptômes d'ÉSPT sont souvent actuelles (c.-à-d. se référant aux dernières semaines précédant le moment de l'évaluation) alors que l'ÉT ou l'ensemble des ÉT vécus ont pu engendrer des difficultés qui datent de plusieurs années et qui se sont résorbées avec le temps. Ainsi, étant donné le temps écoulé entre les ÉT et la mesure de la symptomatologie de l'ÉSPT, des informations précieuses sur l'impact du

soutien dans les premières semaines et les premiers mois suite au trauma se trouvent manquantes.

Qui plus est, les études recensées ont utilisé pour la plupart des questionnaires standards qui n'étaient pas nécessairement adaptés à la population policière. Pourtant, il apparaît souvent souhaitable, tel qu'indiqué par Wills et Shinar (2000), d'adapter les questionnaires qui ciblent une population, un stresser ou des besoins spécifiques. La culture policière présente des caractéristiques distinctes par rapport à la population générale qui peuvent justifier de cibler certains de leurs besoins spécifiques à la suite d'un ÉT. Se faire offrir un congé ou un réaménagement de tâches après un événement, par exemple, visent des besoins précis chez les policiers qu'aucun questionnaire existant, à la connaissance de l'auteure, ne couvre actuellement.

Par ailleurs, la plupart des études abordées précédemment ne mesurent que le soutien perçu, soit la disponibilité ou la satisfaction du soutien. Ces mesures ne nous permettent pas de connaître l'impact du soutien reçu, c'est-à-dire le fait de recevoir des conseils, de l'information ou de l'aide concrète par rapport à l'ÉT ou le fait de parler de l'ÉT et des réactions qui y sont rattachées. En effet, l'évaluation des niveaux de satisfaction et de disponibilité du soutien n'implique pas nécessairement que la victime ait reçu du soutien ou ait parlé de l'ÉT. Toutefois, selon les modèles étiologiques de l'ÉSPT présentés précédemment (voir la section 1.6), il apparaît que le soutien social puisse avoir un impact, positif ou négatif, sur la modulation des symptômes d'ÉSPT par le biais, entre autres, du dévoilement de la victime à ses proches. Ces derniers peuvent alors influencer l'interprétation que la victime fait du trauma et des cognitions reliées. En lien avec ces modèles, il semble donc pertinent de mesurer le soutien reçu, surtout à savoir si la victime parle de l'ÉT et de ses réactions à des membres de son réseau de soutien.

Également, un bon nombre d'études empiriques auprès de diverses populations victimes de trauma suggèrent que les ISN soient plus fortement reliées aux symptômes d'ÉSPT que le soutien positif (voir la section 1.5.3). Cependant, il semble qu'aucune étude effectuée chez les policiers n'ait démontré ce lien ou n'ait mesuré cette dimension concernant les interactions négatives avec les collègues et supérieurs. L'étude de Martin et

ses collaborateurs (2009) serait la seule à avoir évalué les ISN, mais auprès des proches des policiers seulement. D'après ses résultats, les ISN ne sont toutefois pas ressortis comme facteur de risque du développement de l'ÉSPT. Or, il paraît pertinent de tenir compte des ISN non seulement des proches, mais également de celles qui peuvent avoir lieu dans l'environnement de travail. En effet, puisque les policiers dépendent grandement des uns des autres lorsqu'ils affrontent des situations dangereuses, ceux-ci auraient notamment tendance à craindre d'être perçus comme peu fiables ou inadéquats aux yeux de leurs pairs (MacLeod & Paton, 1999; Pogrebin & Poole, 1995; Reiser & Geiger, 1984; Violanti, 1996). Il convient alors de proposer que les policiers puissent être particulièrement sensibles aux ISN comme des critiques ou des comportements d'évitement de la part de leurs collègues et supérieurs. De ce fait, l'impact des ISN mérite d'être étudié auprès de la population policière.

En outre, alors que plusieurs des études recensées évaluent le soutien social dans l'ensemble du réseau du policier sans distinguer la provenance, d'autres études le font mais en utilisant des mesures souvent différentes pour chaque source de soutien. À titre d'exemple, l'étude de Carlier et ses collaborateurs (1997) utilisent le *Worksite Support Scale* (WSS; Caplan et al., 1980; LaRocco et al., 1980) pour mesurer le soutien des collègues et supérieurs et l'*Interpersonal Support Evaluation List* (ISEL) pour le soutien des proches à l'extérieur du travail. L'analyse de ces mesures nous révèle néanmoins qu'elles ne sont point équivalentes (p. ex., n'évaluent pas les même types de soutien, présentent une inégalité quant au nombre de questions, 4 pour le WSS versus 40 pour l'ISEL). En conséquence, l'interprétation qu'on peut formuler quant à la comparaison de la contribution de chaque source de soutien pour expliquer la modulation de la symptomatologie de l'ÉSPT demeure plus limitée.

Finalement, il semble n'y avoir actuellement que deux études (Carlier et al., 1997; Yuan et al., 2011) prospectives et longitudinales chez les policiers. Malgré plusieurs forces, celles-ci présentent quelques-unes des lacunes méthodologiques argumentées précédemment, mais aussi d'autres limites reliées au temps. L'écart de temps écoulé soit entre le trauma et la mesure des symptômes (Carlier et al., 1997) ou entre la mesure des symptômes et celle du soutien social (Yuan et al., 2011) paraît relativement grand. En effet, l'étude de Carlier et ses

collaborateurs présente l'avantage de mesurer le soutien social en lien avec un ÉT spécifique, cependant aucune mesure de la symptomatologie n'a été prise au premier temps de mesure. Il faut attendre 3 mois après l'événement pour vérifier la présence de symptômes d'ÉSPT. Quant à l'étude de Yuan et ses collaborateurs, une période de deux ans sépare les évaluations du soutien social et des symptômes post-traumatiques, ce qui entraîne une certaine limite quant à l'interprétation des résultats.

En résumé, il existe présentement peu d'études prospectives et longitudinales chez les policiers nous permettant d'examiner l'évolution des effets des différentes dimensions du soutien sur l'ÉSPT. Il ne semble pas y avoir d'études qui ont mesuré conjointement le soutien perçu, le soutien reçu et les ISN provenant de différentes sources, tant au travail qu'à l'extérieur du travail afin de mettre en relation les contributions de chacune de ces composantes sur la récupération des policiers à la suite d'un ÉT. Il apparaît également que les études recensées n'ont pas fait l'usage d'instruments de mesure du soutien social adaptés pour la population policière.

1.9 Les objectifs de la thèse

Ce projet de recherche vise à améliorer les connaissances actuelles concernant l'impact du soutien social sur l'ÉSPT chez les policiers ayant vécu un ÉT dans le cadre de leur travail et tente de combler les limites discutées précédemment. La présente thèse s'inscrit à l'intérieur d'un plus vaste programme de recherche qui inclut à la fois un volet rétrospectif et un volet prospectif. Le projet global tente de remédier à la pénurie d'études chez les policiers canadiens et à faire avancer les connaissances en ce qui a trait aux facteurs prévisionnels de l'ÉSPT chez cette population. La présente thèse porte uniquement sur le volet prospectif du projet de recherche global et plus spécifiquement sur la variable du soutien social comme prédicteur de l'ÉSPT. Les objectifs de la recherche sont les suivants:

1. Élaborer un instrument de mesure du soutien social s'adressant spécifiquement aux policiers qui ont récemment été exposés à un ÉT dans l'exercice de leurs fonctions et permettant de mesurer de manière assez extensive les multiples dimensions du construit du soutien social;

2. Procéder à la validation partielle de ce nouvel outil auprès de policiers québécois qui ont récemment vécu un ÉT au travail;
3. Obtenir un portrait global des symptômes d'ÉSPT, des ISN, du soutien positif (soutien reçu et perçu) chez les policiers au cours des 12 mois suivants l'ÉT qu'ils ont vécu;
4. Établir quelles sont les dimensions du soutien social et à quel(s) moment(s) dans le temps celles-ci prédisent la modulation des symptômes de l'ÉSPT.

Afin de répondre aux objectifs poursuivis, les policiers récemment impliqués dans un ÉT ont été invités à participer à l'étude par le biais d'annonces et de communiqués diffusés dans leur milieu de travail. Quatre-vingt-trois policiers ont été retenus pour participer à l'étude dont 87% de l'échantillon provient du SPVM et 13% d'autres services de police municipaux au Québec dont le Service de police de la Ville de Longueuil, le Service de police de la Ville de Saint-Jean-sur-Richelieu ainsi que la Régie intermunicipale de police de la Rivière-du-Nord. Entre 2006 et 2010, les policiers ont été rencontrés en entrevue à quatre reprises: soit 2 semaines, 1 mois, 3 mois et 12 mois après l'événement. Les évaluations prenaient place dans un lieu où les participants se sentaient à l'aise, que ce soit à l'Université du Québec à Montréal, à leur poste de quartier ou à leur domicile. Ces rencontres ainsi que les questionnaires autoadministrés que les participants devaient remplir et nous retourner par la poste ont permis de recueillir des données sociodémographiques et des informations sur la sévérité de l'événement auquel ils ont été exposés. De plus, à chacune des rencontres, la perception des policiers quant au soutien social qui leur est offert depuis l'événement a été mesurée à l'aide du nouvel instrument développé dans le cadre de ce projet de recherche. La sévérité des symptômes post-traumatiques a également été évaluée aux quatre moments de mesure.

1.10 Le contenu de la thèse

La thèse se divise en quatre chapitres. Le chapitre I comprend une introduction générale qui expose les principaux concepts liés au construit du soutien social et à son

évaluation ainsi que l'état des connaissances actuelles quant à l'impact du soutien social sur l'ÉSPT chez les policiers.

Le chapitre II est constitué d'un premier article empirique s'intitulant « *Conception et validation d'un instrument de mesure du soutien social auprès des policiers* ». Cet article porte sur l'élaboration et la validation partielle d'un nouvel instrument de mesure du soutien social adapté spécifiquement à la population policière. Ce nouvel outil, nommé « *Entrevue semi-structurée sur la perception du soutien social (EPSS)* » tente d'évaluer de manière assez complète le construit multidimensionnel du soutien social. Les propriétés psychométriques de cet instrument sont évaluées à partir d'un échantillon de 83 policiers québécois qui ont récemment été exposés à un ÉT. Le fait que l'instrument soit adapté aux policiers, qu'il évalue le soutien en lien avec un stressor spécifique (un ÉT vécu au travail), qu'il inclue la mesure tant du soutien positif (soutien perçu et reçu) que des ISN et qu'il tient compte des sources de soutien tant au travail qu'à l'extérieur du travail, constitue une première dans le domaine. Cet article a été soumis pour publication dans la revue scientifique *Revue québécoise de psychologie*. L'accusé de réception de la revue se trouve à l'Appendice B.

Le chapitre III présente les résultats d'un deuxième article empirique qui s'intitule « *Social support and PTSD among police officers: A longitudinal study* ». Ce deuxième article tente, à l'aide de l'instrument développé dans la première étude et du même échantillon de participants, de fournir un portrait global des symptômes d'ÉSPT, des ISN ainsi que du soutien positif perçu et reçu des proches, des collègues et des supérieurs au travail tels que rapportés par les policiers. Cette étude vise également à identifier quelles sont les dimensions du soutien social et à quel(s) moment(s) celles-ci prédisent la symptomatologie post-traumatique. Ce deuxième article a été soumis pour publication dans la revue scientifique *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. L'accusé de réception de la revue se trouve à l'Appendice B.

En dernier lieu, le chapitre IV consiste en une discussion générale à propos des résultats obtenus dans les deux articles empiriques. Les implications cliniques des résultats sont abordées sur les plans de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Également, les

limites et les forces méthodologiques du programme de recherche sont argumentées. Enfin, des pistes de recherches futures ainsi que des suggestions pour le transfert des connaissances sont proposées.

CHAPITRE II
CONCEPTION ET VALIDATION D'UN INSTRUMENT DE MESURE DU SOUTIEN
SOCIAL AUPRÈS DES POLICIERS

Conception et validation d'un instrument de mesure du soutien social auprès des policiers

Céline Nadeau, MPs

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

André Marchand, PhD

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Stéphane Guay, PhD

Centre d'étude sur le trauma, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, Québec, Canada

Cette étude a été rendue possible grâce à des bourses d'études décernées à la première auteure par le Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH), l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) et par les Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC) ainsi que par des bourses de recherche de l'IRSST octroyées au deuxième auteur.

Résumé

Cet article porte sur la validation d'un nouvel instrument de mesure du soutien social conçu pour la population policière et intitulé « Entrevue semi-structurée sur la perception du soutien social (EPSS) ». Les résultats démontrent des qualités psychométriques satisfaisantes auprès d'un échantillon composé de 83 policiers québécois récemment impliqués dans un événement traumatique. Cet outil présente l'avantage de mesurer le soutien social de manière détaillée en incluant: le soutien reçu, perçu et les interactions sociales négatives; ainsi que plusieurs types de soutien provenant de sources variées. L'EPSS pourrait être utilisé en vue d'évaluer le soutien et d'améliorer les interventions à apporter aux policiers.

Mots clés: soutien social, instrument de mesure, policiers, stress post-traumatique

Abstract

The aim of this study is to validate a new scale measuring social support and developed for law enforcement population. The new instrument named "Entrevue semi-structurée sur la perception du soutien social (EPSS)" show adequate psychometric properties with a sample of 83 Quebec police officers recently involved in a traumatic event. The scale has the advantage of measuring social support in a thorough manner by including: the support received, perceived and the negative social interactions; and also different types of social support provided from several sources. This instrument could be used as a tool to evaluate social support and to guide interventions provided to police officers.

Key words: social support, assessment tool, police officers, posttraumatic stress

Les policiers¹, par la nature de leur travail, se trouvent régulièrement confrontés à vivre des événements traumatiques² comme des fusillades, des émeutes ou être témoin de morts violentes. L'exposition à de tels événements peut engendrer des effets néfastes sur leur santé dont le développement de l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) (McNally & Solomon, 1999). L'ÉSPT se manifeste par la présence de symptômes de reviviscences liés à l'événement traumatique, d'évitement des stimuli associés au traumatisme, d'émoussement de la réactivité générale ainsi que des symptômes d'hyperactivation neurovégétative. La symptomatologie doit être présente depuis au moins un mois et perturber le fonctionnement général de la personne (DSM-IV-TR, APA, 2000). Lorsque les symptômes durent moins d'un mois, on parle alors d'état de stress aigu (ÉSA). Le soutien social apparaît comme un des prédicteurs les plus importants associés à l'ÉSPT (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Guay, Billette, & Marchand, 2006; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003, 2008). Chez les policiers exposés à des événements traumatiques, des études démontrent que de percevoir une plus grande satisfaction par rapport au soutien reçu (Martin, Marchand, Boyer, & Martin, 2009) ou une meilleure disponibilité du soutien (Prati & Pietrantonio, 2010; Stephens, 1997; Stephens & Long, 1999) prévient le développement de réactions post-traumatiques. Toutefois, le fait de percevoir une insatisfaction avec le soutien organisationnel (Carlier, Lamberts, & Gersons, 1997) ou peu de soutien disponible (Carlier *et al.*, 1997; Maia *et al.*, 2011; Marmar *et al.*, 2006) représentent des facteurs de risque de développer un ÉSPT.

Il existe actuellement plusieurs instruments de mesure du soutien social (pour une recension systématique, voir Wills & Shinar, 2000). La présence de nombreuses échelles de mesure reflète la difficulté à bien mesurer cette variable et surtout la nature multidimensionnelle du construit du soutien social. Alors que certains instruments mesurent le soutien structurel, qui renvoie à la quantité de personnes ressources ou de liens sociaux

¹ Le genre masculin est employé dans son sens générique et n'implique aucune discrimination fondée sur le genre.

² Le terme événement traumatique sera employé tout au long de cet article afin de désigner tout événement qui a un potentiel traumatisant. Un événement traumatique ne mène pas nécessairement à des réactions post-traumatiques. Un incident critique ou un événement majeur, tel qu'utilisé dans le jargon policier, est considéré comme un événement de nature potentiellement traumatique.

que la personne possède, d'autres mesurent le soutien fonctionnel, qui a trait à la qualité des ressources disponibles et à la perception de l'individu concernant l'accomplissement de certaines fonctions par ses proches (Wills & Fegan, 2001). Le soutien émotionnel, informationnel, tangible et de camaraderie représentent les principaux types du soutien social fonctionnel. Le soutien émotionnel comprend le fait de pouvoir se confier à quelqu'un, de se sentir compris, apprécié (soutien d'estime) et accepté. Le soutien informationnel se présente sous forme de conseils ou de feedbacks qui aident l'individu à mieux comprendre et à mieux gérer des situations difficiles. Le soutien tangible consiste en une aide matérielle ou financière ou en services offerts ou rendus à l'individu dans le besoin. Enfin, le soutien de camaraderie permet à l'individu de relaxer et de se changer les idées en partageant avec lui diverses activités de détente et de loisirs.

Parmi les instruments recensés, certains ne mesurent qu'un seul type de soutien comme le *Social Support Questionnaire (SSQ)* (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983) qui ne cible que la dimension émotionnelle du soutien alors que d'autres en regroupent plusieurs tel que le *Social Support Behaviors Scale (SS-B)* (Vaux, Riedel, & Stewart, 1987) qui mesure le soutien émotionnel, informationnel, tangible et de camaraderie. Également, les instruments se distinguent selon qu'ils évaluent la perception de la fréquence des comportements de soutien reçus (soutien reçu) ou la perception de la disponibilité du soutien (soutien perçu), c'est-à-dire la perception que l'aide serait disponible si l'individu en avait besoin. L'*Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB)* (Barrera, Sandler, & Ramsay, 1981) qui évalue la fréquence à laquelle l'individu a reçu différents comportements de soutien de son entourage montre un exemple d'une mesure du soutien reçu. Quant au soutien disponible perçu, l'*Interpersonal Support Evaluation List (ISEL)* (Cohen & Hoberman, 1983) représente un exemple de cette mesure avec des questions formulées comme suit: « Je connais quelqu'un qui pourrait m'aider si j'avais besoin de conseils pour gérer un problème personnel ». Aussi, mais plutôt rares, certains questionnaires comme le *Social Support Questionnaire (SSQ)* (Sarason *et al.*, 1983), évaluent la perception de la satisfaction du soutien reçu (satisfaction ou adéquation perçue) en demandant d'indiquer jusqu'à quel point l'individu se trouve satisfait du soutien reçu. Finalement, les instruments répertoriés varient également selon les sources de soutien évaluées. Certains outils mesurent le soutien perçu ou

reçu de l'ensemble du réseau alors que d'autres discernent la provenance selon qu'il s'agit du conjoint, de la personne la plus significative dans la vie de l'individu, des proches en général, des amis, des membres de la famille ou des collègues de travail.

Le soutien social réfère habituellement à des interactions sociales positives qui apportent des effets bénéfiques chez l'individu mais de plus en plus d'études font ressortir que certaines interactions avec l'entourage peuvent s'avérer néfastes malgré souvent les bonnes intentions de ceux qui tentent d'apporter de l'aide. On parle alors d'interactions sociales négatives (ISN) qui peuvent se manifester par des critiques, de l'évitement, de l'impatience ou en banalisant de ce que la personne vit. Il apparaît que les ISN soient plus fortement liées que le soutien positif à la sévérité des symptômes d'ÉSPT (Andrews, Brewin, & Rose, 2003; Farnsworth & Sewell, 2011; Guay *et al.*, 2011; Halvorsen & Kagee, 2010; Ullman & Filipas, 2001; Zoellner, Foa, & Brigidi, 1999). Aussi, il s'avère que le soutien positif et les ISN aient un impact sur les symptômes d'ÉSPT selon des processus distincts. L'étude de Koenen, Stellman, Stellman, & Sommer (2003) démontre, chez des vétérans de guerre souffrant d'ÉSPT, que les interactions positives avec leur réseau social facilitent la récupération d'un ÉSPT alors que les ISN contribuent à son maintien. Une autre étude, mais cette fois auprès d'adultes présentant une histoire d'agressions sexuelles indique que les ISN représentent un facteur de risque au développement de symptômes d'ÉSPT alors que le soutien positif favorise la croissance post-traumatique suite au trauma (Borja, Callahan, & Long, 2006). Par contre, cette étude montre qu'à l'inverse, on ne retrouve pas de lien entre soutien positif et les symptômes d'ÉSPT ni entre les ISN et la mesure de la croissance post-traumatique. Ainsi, malgré les effets importants et distincts des ISN et sur l'ÉSPT, il semble que peu d'outils intègrent cette mesure conjointement à la mesure du soutien positif.

Étant donné l'importance du soutien social (positif et négatif) en tant que facteur prévisionnel de l'ÉSPT, il importe d'évaluer de manière exhaustive cette variable surtout auprès des populations à haut risque de développer ce trouble, comme les policiers. Une évaluation détaillée de ce construit multidimensionnel pourrait permettre de mieux comprendre les besoins des individus et par quels processus le soutien social influence la modulation des symptômes d'ÉSPT. Wills et Shinar (2000) soulignent la pertinence de

mesurer les différents aspects du soutien social afin d'élucider l'importance relative de chacun et leurs liens entre eux. Ces auteurs indiquent également qu'il apparaît souvent souhaitable d'adapter les questionnaires de manière à ce qu'ils puissent cibler une population, un stresser ou des besoins spécifiques. Parmi les instruments de mesure du soutien social recensés, à notre connaissance, aucun ne s'adresse spécifiquement à la population policière. Pourtant, la culture policière présente des caractéristiques distinctes par rapport à la population générale qui peuvent justifier de cibler certains de leurs besoins précis à la suite d'un événement traumatique. Se faire offrir un congé ou un réaménagement de tâches après un événement, par exemple, visent des besoins potentiels chez les policiers qu'aucun questionnaire existant, à notre connaissance, ne couvre actuellement. Or, la plupart des études chez les policiers ont fait usage de questionnaires standards qui n'étaient pas nécessairement adaptés à la population policière. Les études de Maia *et al.* (2011), Marmar *et al.* (2006) et Yuan *et al.* (2011), par exemple, ont utilisé le *Sources of Support Scale* (SOS; Kulka *et al.*, 1990) alors que d'autres études (Carlier *et al.*, 1997; Piat & Pietrantonio, 2010; Stephens, 1997; Stephens & Long, 1999) ont employé le *Worksite Support Scale* (WSS; Caplan, Cobb, French, Van Harrison, & Pinneau, 1980; LaRocco, House, & French, 1980), deux questionnaires qui n'ont pas été conçus spécifiquement pour les policiers. Il en est de même pour l'*Interpersonal Support Evaluation List* (ISEL; Cohen & Hoberman, 1983) et l'*Inventaire de soutien perçu* (ISP; Manne, Taylor, Dougherty, & Kemeny, 1997; Guay & Miller, 2000) qui ont respectivement été utilisés par Carlier *et al.* (1997) et par Martin *et al.* (2009) pour mesurer le soutien des proches. Ces deux études ont toutefois ajouté des questions maison adaptées pour leur recherche afin d'évaluer, à la suite d'un événement traumatique spécifique, le degré de satisfaction des policiers par rapport au soutien organisationnel et également, dans le cas de Martin *et al.*, (2009), la satisfaction avec le soutien des collègues et des supérieurs.

À la lumière des limites observées par rapport aux instruments existants pour évaluer le soutien chez les policiers, la présente étude a pour but d'élaborer un nouvel outil de mesure du soutien social, intitulé « Entrevue semi-structurée sur la perception du soutien social (EPSS) », qui s'adresse spécifiquement aux policiers ayant récemment vécu un événement traumatique dans le cadre de leurs fonctions et d'en évaluer les propriétés

psychométriques. L'*EPSS* vise à mesurer la perception du soutien positif (soutien reçu, disponibilité perçue et adéquation perçue) ainsi que les ISN en tenant compte des principaux types de soutien et de différentes sources de soutien, soit les proches en dehors du travail, les collègues et les supérieurs au travail, ce qu'aucun instrument recensé ne permet de faire actuellement. Les objectifs spécifiques concernant l'évaluation des propriétés psychométriques de l'instrument sont l'évaluation de la structure factorielle, la cohérence interne, la stabilité temporelle, la validité convergente et divergente ainsi que des indices de corrélation avec la présence de symptômes d'ÉSA, d'ÉSPT et de dépression.

Méthodologie

Participants

L'échantillon total se compose de 83 policiers (24 % sont des femmes) de quatre services de police municipaux du Québec (87 % du Service de police de la Ville de Montréal et 13 % d'autres services de police municipaux au Québec). Les participants sont âgés en moyenne de 32,6 ans ($\bar{ET} = 7,7$), cumulent une moyenne de 8,6 ans ($\bar{ET} = 7,3$) d'années de service dans la police, 15,6 ans ($\bar{ET} = 1,9$) de scolarité, 92 % sont caucasiens et 54 % vivent en couple. La majorité des policiers (78%) sont des agents de quartier, 14% des sergents de quartier, 4% des agents d'interventions et 4% regroupent d'autres fonctions dans la police. Les types d'ÉT vécus par les policiers sont des fusillades (40%), des émeutes (14%), des drames familiaux (14%), des poursuites en automobile (10%), des accidents mortels de la route (4%) et 18% appartiennent à d'autres catégories d'événements.

Procédures

La conceptualisation et la validation de l'*EPSS* se déroule dans le cadre d'un vaste projet de recherche visant l'identification des facteurs prévisionnels associés au développement de l'ÉSPT chez les policiers québécois. Par le biais de différentes annonces et communiqués, les policiers récemment impliqués dans un événement traumatique dans l'exercice de leurs fonctions sont invités à participer à l'étude. Les policiers qui remplissent

les critères d'inclusion et qui consentent à participer à l'étude sont rencontrés à 3 reprises, soit 2 semaines (T1), 1 mois (T2) et 3 mois (T3) après l'événement. Les critères d'inclusion sont: 1) avoir récemment été impliqué dans un événement dans lequel il y a eu mort possible ou réelle, des blessures graves possibles ou réelles ou dans lequel son intégrité physique ou celle d'autrui a été menacée; 2) l'événement doit avoir généré au moins une des émotions parmi la peur intense, l'impuissance ou l'horreur; 3) parler et savoir lire le français ou l'anglais; et 4) être en mesure psychologiquement et physiquement de passer une entrevue clinique semi-structurée et de répondre à des questionnaires. Les critères d'exclusion sont: présenter un état psychotique, une évidence d'intention suicidaire ainsi que toutes maladies physiques ou mentales graves qui, selon le jugement de l'évaluateur, pourraient occasionner un risque pour le participant. Dans les faits, aucun participant n'a été exclu de l'étude à partir de ces critères.

Instruments de mesure

Entrevue semi-structurée sur la perception du soutien social (EPSS)

La constitution de la banque d'items de l'EPSS a été élaborée en s'inspirant de questionnaires autoadministrés sur le soutien social fréquemment utilisés en recherche et présentant de bonnes qualités psychométriques. Les questions sur le soutien positif sont inspirées des questionnaires suivants: 1) le *Social Support Questionnaire* (SSQ; Sarason *et al.*, 1983); 2) l'*Interpersonal Support Evaluation List* (ISEL; Cohen & Hoberman, 1983); 3) l'*Inventory of Socially Supportive Behaviors* (ISSB; Barrera *et al.*, 1981); 4) le *Social Provision Scale* (Cutrona & Russell, 1987); 5) le *Multidimensional Support Scale* (MDSS, Winefield, Winefield, & Tiggermann, 1992) et 6) le *Perceived Social Support – Friends and Family Scale* (PSS; Procidano & Heller, 1983); alors que les questions sur les ISN sont inspirées du questionnaire *Social Constraint Scale – Cancer-spouse version* (Lepore, 2001). Le fait que l'instrument se présente sous forme d'entrevue semi-structurée et non pas sous forme de questionnaire autoadministré offre la possibilité à l'interviewer de clarifier, si nécessaire, la compréhension des questions auprès des répondants et d'ajouter toutes informations supplémentaires jugées pertinentes. L'outil mesure cinq types de

soutien (émotionnel, d'estime, informationnel, tangible et de camaraderie) provenant de quatre sources de soutien distinctes (les proches en dehors du travail, les collègues de travail, le supérieur immédiat et le(s) 2^e échelon supérieur au travail). Avant d'aboutir à sa version finale, l'instrument a été soumis à deux psychologues cliniciens experts dans le milieu policier ainsi qu'à deux chercheurs spécialisés dans les domaines de l'ÉSPT et du soutien social afin de recevoir leurs commentaires et de parfaire la formulation des questions de la dite entrevue.

La première section de l'entrevue mesure la perception de la fréquence du soutien reçu à l'aide d'une échelle de type Likert qui varie entre 1 (« Jamais ») et 5 (« Très souvent »). Elle comprend cinq questions, une pour chaque type de soutien. Pour chaque question, le répondant doit estimer la fréquence du soutien reçu pour chacune des quatre sources de soutien (à l'exception du soutien de camaraderie qui n'évalue que le soutien des proches et des collègues puisque ce type de soutien ne s'applique point pour les supérieurs). Les questions sont formulées comme suit, à titre d'exemple: « À quelle fréquence avez-vous parlé à (*vos proches/vos collègues/votre supérieur immédiat/vos autres supérieurs*) de vos réactions en lien avec l'événement? » (soutien émotionnel); ou « À quelle fréquence (*vos proches/vos collègues/votre supérieur immédiat/vos autres supérieurs*) vous ont-ils apporté des conseils (*des exemples sont fournis*) pour vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement? » (soutien informationnel). Lorsque des exemples de soutien sont fournis comme dans le cas du soutien informationnel et tangible, ceux-ci sont établis à l'avance et en fonction de la population ciblée, les policiers dans ce cas-ci.

La deuxième section de l'instrument évalue l'adéquation perçue du soutien reçu à l'aide d'une échelle de type Likert affichant des valeurs de 1 (« Besoin pas du tout comblé ») à 5 (« Besoin très bien comblé »). Encore une fois, les cinq types et les quatre sources de soutien sont mesurés. La question du soutien tangible, par exemple, se lit comme suit: « À quel point ressentez-vous que votre besoin a été comblé au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme aide tangible (*des exemples sont fournis*) de la part de (*vos proches/de vos collègues/votre supérieur immédiat/vos autres supérieurs*) pour vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement? ».

Une troisième section comprend cinq questions présentées sous forme d'affirmations mesurant la disponibilité perçue du soutien selon une échelle de type Likert variant de 1 (« Tout à fait en désaccord ») à 5 (« Tout à fait en accord »). La question portant sur le soutien de camaraderie, par exemple, se présente comme suit: « J'ai un ou plusieurs de (*mes proches, mes collègues*) sur qui je pourrais compter pour me changer les idées (p. ex., pour sortir, pour faire du sport, pour relaxer, pour avoir du plaisir ou jaser de choses et d'autres) ».

Finalement, la perception de la fréquence des ISN est mesurée dans la quatrième section selon une échelle de type Likert qui varie de 1 (« Jamais ») à 5 (« Très souvent »). Cette section comprend 13 questions ciblant des ISN possibles comme par exemple: « À quelle fréquence vous êtes-vous senti jugé(e) négativement par (*vos proches/vos collègues/votre supérieur immédiat/vos autres supérieurs*) par rapport à vos interventions en lien avec l'événement? ». Ainsi, l'entrevue totalise 28 questions (15 pour le soutien positif et 13 pour les ISN).

Les instruments suivants servent à l'évaluation des propriétés psychométriques de l'EPSS et sont choisis parce qu'ils présentent tous des indices de fidélité et de validité qualifiés de bons à très bons.

Inventaire de soutien perçu (ISP)

L'ISP (Manne *et al.*, 1997; Guay & Miller, 2000) est un instrument de mesure autoadministré qui évalue la perception de la fréquence des comportements de soutien reçu d'un proche significatif relatifs à des difficultés liées à l'anxiété. Il est composé de 24 items répartis en deux échelles: le soutien positif (11 items) et les ISN (13 items). L'échelle des ISN comprend deux sous-échelles, l'une concerne les comportements de retrait/évitement (8 items) et l'autre les critiques (5 items). Les perceptions de la fréquence des comportements de soutien sont mesurées à l'aide d'une échelle de type Likert variant de 1 (« N'a jamais répondu de cette façon ») à 4 (« A souvent répondu de cette façon »). La version québécoise présente une très bonne cohérence interne pour les échelles de soutien positif et d'ISN ($\alpha = .87$ et $.85$ respectivement) et des indices modérés de validité convergente avec l'Échelle des provisions sociales ($r = .44$ et $-.43$ respectivement; St-Jean-Trudel, Guay, &

Bonaventure, 2003). L'*ISP* a été choisi pour évaluer la validité convergente de l'*EPSS* parce que tout comme l'*EPSS*, il mesure autant le soutien positif que les ISN et tient compte du soutien émotionnel, informationnel et tangible.

Entrevue clinique structurée selon le DSM-IV (SCID)

Le module de l'ÉSA de l'*Entrevue clinique structurée selon le DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV [SCID-I]*; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) est utilisé pour mesurer les symptômes cliniques d'ÉSA au T1. L'entrevue comprend 18 questions directement en lien avec les critères établis pour diagnostiquer un ÉSA selon le DSM-IV. Le *SCID-I* représente l'instrument sous forme d'entrevue clinique le plus communément utilisé pour évaluer les troubles mentaux de l'axe I (Keane & Barlow, 2002). Le module de l'ÉSPT du *SCID-I* présente une fidélité interjuges ($\kappa = .88$) et une fidélité test-retest ($r = .78$) jugées bonnes (Zanarini *et al.*, 2000).

Échelle modifiée des symptômes d'ÉSPT (ÉMST)

L'*ÉMST (Modified PTSD Symptom Scale*; Falsetti, Resick, Resnick, & Kilpatrick, 1993) mesure la fréquence et la sévérité des symptômes d'ÉSPT ressentis au cours des deux dernières semaines. Ce questionnaire autoadministré comporte 17 items mesurant les symptômes d'ÉSPT selon deux échelles de type Likert en quatre points allant de 0 à 3, une pour la fréquence (nombre de fois par semaine) et l'autre pour la sévérité (niveau de perturbation). L'*ÉMST* est utilisé pour mesurer les symptômes d'ÉSPT au T2 et T3. La version québécoise de l'*ÉMST* possède de très bons indices de cohérence interne pour l'échelle globale ($\alpha = .97$) ainsi que pour les échelles de fréquence ($\alpha = .95$) et de sévérité ($\alpha = .95$; Guay, Marchand, Iucci, & Martin, 2002). De plus, L'*ÉMST* présente une bonne stabilité temporelle sur un intervalle de cinq semaines ($r = .71$).

L'inventaire de la dépression de Beck-II (IDB-II)

L'*IDB-II (Beck Depression Inventory-II*; Beck, Steer, & Brown, 1996) est un questionnaire autoadministré de 21 questions mesurant la présence et l'intensité des

symptômes dépressifs au cours des deux dernières semaines. Le choix des réponses se fait sous forme d'une échelle de type Likert en quatre points allant de 0 à 3. L'*IDB-II* est utilisé pour évaluer les symptômes de dépression à tous les temps de mesure. Il fait preuve d'une très bonne cohérence interne ($\alpha = .92$) et d'une très bonne stabilité temporelle (une semaine: $r = .93$) (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996; Dozois, Dobson, & Ahnberg, 1998).

Échelle des croyances (ÉC)

L'*ÉC* (*World Assumptions Scale*; Janoff-Bulman, 1992) est un questionnaire autoadministré qui mesure les croyances fondamentales des individus face au monde et à leur valeur personnelle. Il comporte 32 items et le choix des réponses se fait sous la forme d'une échelle de Likert à six entrées (1 étant « En désaccord total » et 6 étant « Entièrement d'accord »). La sous-échelle des croyances fondamentales en un monde juste qui mesure un construit relativement peu apparenté à celui du soutien social est utilisée pour évaluer la validité divergente de l'*EPSS*. L'*ÉC* démontre une cohérence interne adéquate pour chacune de ses sous-échelles variant de .48 à .82 (Elklit, Shevlin, Solomon, & Dekel, 2007).

Résultats

Analyse factorielle

La première étape à notre exercice de validation du questionnaire consiste à explorer les liens qui existent entre les différents items du questionnaire afin d'établir des groupements de variables. Étant donné notre échantillon restreint par rapport au nombre d'items du questionnaire, l'analyse factorielle a été divisée en plusieurs étapes. D'abord, les items du soutien positif ont été dans un premier temps analysés séparément des items des ISN. Également, chaque source de soutien a été analysée individuellement avant de créer des facteurs composites en fonction des résultats communs obtenus pour les quatre sources de soutien. Ainsi, plusieurs suites d'analyses factorielles en composantes principales avec rotations orthogonales de type Varimax sont effectuées, en accord avec les indices de sphéricité de Bartlett et de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Appuyé par deux critères de

décision (valeur propre $> 1,00$ et le test des éboulis), nous retenons trois facteurs indépendants comme résultat final des analyses soit: 1) l'échelle du soutien reçu comprenant les items du soutien émotionnel, informationnel et tangible, toutes sources de soutien confondues; 2) la combinaison de tous les items de l'échelle de disponibilité perçue et d'adéquation perçue, tous types et toutes sources de soutien confondus; et 3) l'ensemble des items de l'échelle des ISN, tous types et toutes sources de soutien confondus. Finalement, les items du soutien d'estime et de camaraderie de l'échelle du soutien reçu ne se regroupent sous aucun facteur et seront ainsi exclus des analyses subséquentes. Afin de valider ces résultats obtenus à partir des données du T1, les mêmes analyses factorielles sont répétées avec les données du T2 où l'on parvient aux mêmes conclusions. En résumé, l'ensemble de ces résultats suggèrent la création de trois scores finaux: 1) le soutien perçu, soit la moyenne des scores de tous les items de l'échelle de disponibilité perçue et de l'échelle d'adéquation perçue et expliquant 21,82 % de la variance totale; 2) le soutien reçu, soit la moyenne des scores des items regroupant le soutien émotionnel, informationnel et tangible de l'échelle du soutien reçu et expliquant 20,09 % de la variance; ainsi que 3) les ISN, soit la moyenne des scores de tous les items de l'échelle des ISN qui explique 18,87 % de la variance. Ainsi, après rotation, l'ensemble des facteurs expliquent 60,78% de la variance.

Analyse de distribution des scores

L'analyse de la distribution des scores indique un effet plancher (plus de 15% des participants se trouvant au niveau le plus bas de l'échelle) pour les scores du soutien reçu, des ISN, des symptômes d'ÉSA, d'ÉSPT et de dépression. Conséquemment, une dichotomisation est effectuée sur l'ensemble de ces variables aux trois temps de mesure en assignant une valeur de « 0 » lorsqu'aucun symptôme, aucun soutien reçu ou aucune ISN n'est rapporté par le participant; sinon, une valeur de « 1 » se trouve assignée. Quant au score du soutien perçu, il démontre une importante asymétrie négative qu'on corrige en appliquant une transformation logarithmique. Toutes les analyses de validation subséquentes sont exécutées à partir des données transformées. Le Tableau 1 présente les moyennes, les écarts-types et l'étendue des scores obtenus pour l'ensemble de ces variables (avant leur transformation).

Insérer le Tableau 1

Indices de fidélité

Dans le but de vérifier la cohérence interne des facteurs établis à la suite de l'analyse factorielle, c'est-à-dire que l'ensemble des items regroupés sous un facteur mesure bien le même concept, un alpha de Cronbach est calculé pour chacun des trois facteurs. On obtient des valeurs de .77 (T1), .85 (T2), et .89 (T3) pour le soutien reçu, de .94 (T1), .95 (T2), et .92 (T3) pour le soutien perçu; et de .91 (T1), .93 (T2), et .92 (T3) pour les ISN. Les indices de cohérence interne sont donc considérés comme très bons selon Nunnally (1978).

La stabilité temporelle de l'instrument est évaluée après un intervalle de deux semaines puis de deux mois. On obtient des corrélations de Pearson test-retest significatives, respectivement de .37 et .38 pour le soutien reçu, de .81 et .79 pour le soutien perçu, et de .41 et .30 pour les ISN. Ainsi, à l'exception du soutien perçu qui possède une stabilité temporelle jugée bonne, le soutien reçu et les ISN démontrent peu de stabilité temporelle.

Indices de validité

Afin de vérifier si le construit mesuré avec l'*EPSS* converge avec la mesure d'un autre instrument d'évaluation du soutien social, des corrélations bivariées de Pearson sont effectuées avec les scores obtenus à l'*ISP*. Puisque l'*ISP* mesure les comportements de soutien positif et négatif du proche le plus significatif sous forme de fréquence du soutien reçu et ne mesure pas la disponibilité ni l'adéquation perçue du soutien, seules les corrélations entre les scores de soutien reçu (positif) et d'ISN de l'*EPSS*, aussi mesurés en terme de fréquence, sont effectuées. Également, seuls les items concernant les proches sont inclus dans les scores de l'*EPSS* afin que les deux instruments soient davantage comparables. Le Tableau 2 présente les corrélations obtenues. Pour chaque temps de mesure, le soutien

reçu (positif) de l'*EPSS* est associé positivement et faiblement à l'échelle de soutien positif de l'*ISP* alors que les ISN de l'*EPSS* sont reliées positivement et de forces faibles à modérées à l'échelle d'ISN de l'*ISP*. Étant donné que les forces d'association ne sont pas élevées, selon les critères établis par Cohen (1988), on conclut qu'il existe des différences significatives entre l'*EPSS* et un autre instrument de mesure du soutien social, soit l'*ISP*.

Insérer le Tableau 2

La sous-échelle de croyances en un monde juste de l'*Échelle des croyances (ÉC)* qui évalue les croyances fondamentales des individus face au monde, un construit suffisamment peu apparenté à celui du soutien social, est utilisée pour vérifier la validité divergente de l'*EPSS*. Aucune des mesures du soutien reçu, perçu et des ISN ne corrèlent de manière significative ($p < .05$) avec la sous-échelle des croyances en un monde juste. En conséquence, la validité divergente de l'*EPSS* est jugée bonne.

Des analyses de corrélations sont également effectuées afin d'évaluer si les différentes mesures du soutien social sont liées à la présence de symptômes d'ÉSA, d'ÉSPT et de dépression (voir le Tableau 3). Le soutien reçu et les ISN indiquent un lien positif modéré significatif avec la présence de symptômes d'ÉSA et de dépression au T1. Au T2 et au T3, le soutien reçu et les ISN corrèlent positivement et significativement d'une force modérée pour la plupart, autant avec la présence de symptômes d'ÉSPT que de dépression. Ainsi, à chaque temps de mesure, les gens qui perçoivent recevoir du soutien émotionnel, informationnel et tangible et avoir des ISN indiquent présenter des symptômes d'ÉSPT (d'ÉSA au T1) et de dépression. Inversement, les résultats indiquent à tous les temps de mesure, une association négative modérée significative entre le soutien perçu et la présence de symptômes dépressifs. Pour la présence de symptômes d'ÉSPT, on constate qu'elle est liée négativement et significativement avec le soutien perçu au T3 seulement. Ainsi, les participants qui perçoivent une disponibilité et une adéquation plus élevée du soutien

rapportent ne pas avoir de symptômes de dépression (à tous les temps de mesure) et d'ÉSPT (au T3).

Insérer le Tableau 3

Discussion

Le but de la présente étude consiste à évaluer les propriétés psychométriques d'un nouvel instrument servant à mesurer la perception du soutien social en lien avec un événement traumatique vécu par des policiers. En plus d'être spécifique à une population (les policiers) et à une situation (événement traumatique récemment survenu dans le cadre du travail), cet outil vise également à évaluer le soutien social de manière détaillée en tenant compte des multiples dimensions de ce construit, ce qu'aucun des instruments recensés ne combine actuellement.

Les résultats de l'analyse factorielle suggèrent la présence de trois facteurs: 1) le soutien reçu; 2) le soutien perçu (perception de la disponibilité et de l'adéquation du soutien); et 3) les ISN. Chacun de ces facteurs présente de très bons indices de cohérence interne. Le fait que la perception de la disponibilité et de l'adéquation du soutien se soient regroupées sous un même facteur, le soutien perçu, et distinct du soutien reçu ne paraît point étonnant. Dans une recension des principaux outils de mesure du soutien social, Wills et Shinar (2000) soulignent comment les mesures du soutien reçu et perçu tendent à se démarquer. Ces deux mesures corrèlent souvent peu entre elles et peuvent parfois même montrer des associations opposées avec certaines symptomatologies. Ce constat soulevé dans cette recension s'applique aux résultats de l'échantillon de cette étude où le soutien reçu corrèle positivement alors que le soutien perçu corrèle négativement avec la présence de symptômes d'ÉSPT et de dépression. Quant au fait que les divers types et sources de soutien restent indifférenciés selon les résultats de l'analyse factorielle, ces résultats concordent avec

les observations de certains auteurs qui indiquent qu'il semble assez typique de retrouver des scores qui corrélaient substantiellement entre les différents types et sources de soutien (Wills & Fegan, 2001; Wills & Shinar, 2000). Il semble vraisemblable d'obtenir de tels résultats puisque, selon Wills et Shinar, les gens qui recherchent du soutien ont souvent besoin et obtiennent différents types de soutien alors que les personnes qui offrent le soutien parviennent à dispenser plusieurs types de soutien. Finalement, les résultats obtenus montrent que le soutien d'estime et de camaraderie reçu demeurent indépendants des autres items du soutien reçu. Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que les questions relatives à ces deux types de soutien ne font pas spécifiquement référence à l'événement traumatique que le policier a vécu contrairement aux questions adressant le soutien émotionnel, informationnel et tangible.

Selon les résultats de cette étude, seule la mesure du soutien perçu présente une stabilité temporelle jugée bonne. Il semble que le soutien reçu et les ISN, mesurant les comportements de soutien (positifs et négatifs) reçus sous forme de fréquence, varient davantage dans le temps par rapport à la perception de la disponibilité et de l'adéquation du soutien. Le manque de stabilité temporelle du soutien reçu pourrait simplement refléter le fait qu'il s'agit d'une mesure plus propice à évoluer avec le temps selon les circonstances ou les besoins probablement changeants de l'individu au fil du temps (Jacobsen, 1986; Weiss, 1976). Aussi, Dunkel-Schetter et Bennett (1990) soulignent que la mesure du soutien reçu réfère davantage aux aspects comportementaux du soutien social, c'est-à-dire aux véritables interactions sociales alors que le soutien perçu serait plutôt influencé par la personnalité et les cognitions de l'individu qui reçoit le soutien. À partir de cette observation soulevée par ces auteurs, il paraît plausible que la mesure du soutien perçu démontre plus de stabilité temporelle que le soutien reçu ou les ISN. En effet, le soutien perçu se trouve à être influencé par des composantes relativement stables comme les traits de personnalité ou les expériences passées de l'individu en comparaison au soutien reçu et aux ISN qui représentent des mesures davantage objectives et influencées par des variables plus changeantes comme la fréquence des interactions avec l'entourage.

Quoi que des liens positifs significatifs soient obtenus pour les mesures du soutien reçu (soutien positif) et les ISN de l'*EPSS* avec les échelles respectives de soutien positif et d'ISN de l'*ISP*, la force limitée de ces associations suggère une différence dans la mesure des deux instruments. Ces écarts pourraient s'expliquer par le fait que l'*ISP* mesure le soutien reçu du proche le plus significatif alors que l'ensemble des proches sont évalués avec l'*EPSS*. Également, l'*EPSS* cible spécifiquement la mesure du soutien en lien avec un événement traumatique au travail, alors que les questions de l'*ISP* paraissent plus vagues, pouvant s'appliquer autant à l'événement en question qu'à toute autre situation stressante que l'individu vit au moment de l'évaluation. Par ailleurs, l'*ISP* ne constitue pas un instrument adapté à la population policière, contrairement à l'*EPSS*, et n'a jamais été validé auprès de cette population. Finalement, l'*ISP* consiste en un questionnaire autoadministré alors qu'il s'agit d'une entrevue semi-structurée pour l'*EPSS*, les biais potentiels peuvent ainsi différer pour chaque instrument. En effet, le fait que l'*EPSS* soit sous forme d'entrevue présente certains avantages comme celui de pouvoir clarifier les questions auprès du répondant au besoin, néanmoins, les mesures sous forme d'entrevue peuvent introduire d'autres types de biais. À titre d'exemple, l'apparence et le ton de voix de l'interviewer, son attitude ou ses réactions aux réponses du répondant ou encore la gêne du répondant liée à la présence de l'interviewer représentent des biais potentiels de l'entrevue. Par contre, le questionnaire autoadministré présente souvent des biais reliés aux erreurs du répondant (p. ex., des oublis, des erreurs de compréhension, mal lire une question) (Hess, Senécal, & Vallerand, 2000). En somme, ce manque de validité convergente obtenu dans cette étude pourrait signifier que ce n'est peut-être pas tant que ce nouvel outil ne mesure pas bien le construit du soutien social mais qu'il en mesure des aspects distincts et de manière différente par rapport à l'*ISP*.

Tel que présenté en introduction, la littérature scientifique démontre des associations entre le soutien social et l'ÉSPT tant chez diverses populations que chez les policiers plus spécifiquement. Les résultats des analyses corrélationnelles de la présente étude suggèrent également de tels liens où le soutien reçu, les ISN et le soutien perçu présentent des associations significatives modérées, pour la plupart, avec la présence de symptômes d'ÉSA, d'ÉSPT et de dépression. Par contre, les résultats indiquent une association dans la direction

opposée à ce qu'on aurait pu s'attendre par rapport au soutien reçu (soutien positif) qui corrèle positivement avec la présence des diverses symptomatologies. Il importe de souligner que ces résultats concordent néanmoins avec les observations de Wills et Shinar (2000) qui relèvent quelques études ayant obtenu de telles corrélations positives. Selon ces auteurs, on observe de manière plutôt constante des associations négatives entre le soutien perçu et diverses symptomatologies. Cependant, la mesure du soutien reçu présente un portrait beaucoup moins régulier où sont rapportées des associations négatives la plupart du temps mais également l'absence d'association ou même la présence d'associations positives.

La principale limite de la présente étude provient du faible taux de symptômes rapportés limitant la portée des résultats. Il s'avèrerait pertinent de valider l'*EPSS* auprès d'une population plus éprouvée psychologiquement. On pourrait ainsi confirmer certains des résultats obtenus mais également découvrir une nouvelle structure factorielle en détectant, par exemple, des effets différentiels entre les types et les sources de soutien. Également, il demeure concevable que les liens entre le soutien social et la symptomatologie présentent un portrait différent si les individus se trouvaient davantage affectés et requéraient plus de soutien. Finalement, la limite découlant de la faible variabilité des scores des différentes mesures de soutien et des symptômes pourrait s'atténuer avec un échantillon cliniquement plus éprouvé.

Dans l'ensemble, malgré la faible variabilité des scores obtenus tant pour les mesures du soutien que des symptômes (ÉSA, ÉSPT, dépression), malgré le faible niveau de symptômes rapporté et la petite taille de l'échantillon étudié, l'*EPSS* présente plusieurs bons indices de validité et des associations significatives avec les symptômes. Ces éléments suggèrent que l'instrument soit sensible et puisse être prometteur. Qui plus est, l'*EPSS* présente l'avantage de couvrir largement le construit du soutien social. D'abord, en plus de mesurer le soutien positif, cet outil mesure également les ISN, une dimension qui a reçu très peu d'attention parmi les études avec les policiers. Pourtant, la littérature tend à démontrer, chez d'autres populations victimes de trauma, que les ISN prédiraient davantage les réactions post-traumatiques en comparaison au soutien positif. Également, l'*EPSS* inclut des dimensions du soutien social qui se trouvent rarement évaluées simultanément, soit le

soutien reçu et le soutien perçu. Par surcroît, le questionnaire tient compte de plusieurs types et sources de soutien. En somme, cette couverture extensive du construit du soutien social pourrait contribuer à mieux connaître et évaluer les perceptions des policiers quant à l'adéquation et la disponibilité de leur soutien ainsi que leur perception quant à la fréquence des comportements de soutien reçus (positifs et négatifs) après un événement traumatique. Cet outil pourrait favoriser l'identification de ce qui s'avère utile ou au contraire nuisible pour faciliter le rétablissement des policiers à la suite de tels événements. Ces connaissances pourraient contribuer à l'élaboration d'enseignements sur les comportements soutenant et néfastes destinés aux proches, collègues de travail et supérieurs en charge d'équipes. Finalement, l'*EPSS* pourrait être utilisé pour dépister les individus présentant des lacunes au plan du soutien social et pour mieux cibler les interventions en vue d'améliorer la qualité de leur soutien.

En conclusion, il apparaît que l'*EPSS* soit un instrument de mesure du soutien social complet, pertinent et présentant une validité satisfaisante. Il serait toutefois recommandé de valider ce nouvel outil auprès d'une autre population présentant une symptomatologie plus sévère. Il pourrait s'agir d'un autre échantillon de policiers mais qui présenterait une plus grande sévérité de symptômes post-traumatiques par rapport aux participants de la présente étude ou d'autres populations à haut risque de vivre des événements traumatiques dans le cadre de leur travail. En effet, puisque l'*EPSS* pourrait facilement s'adapter (avec peu d'altérations) à d'autres populations comme les pompiers, les ambulanciers, les secouristes ou les soldats, la poursuite de la validation de ce nouvel outil pourrait également se faire auprès de ces différents groupes de travailleurs.

Tableau 1
Moyennes, écarts-types et étendues des scores des variables étudiées

	T1 (n = 79)			T2 (n = 82)			T3 (n = 79)		
	M (ÉT)	Étendue	%	M (ÉT)	Étendue	%	M (ÉT)	Étendue	%
Soutien reçu	2,34 (.64)	1,25-4,08		1,65 (.63)	1,00-3,83		1,30 (.53)	1,00-3,67	
Pas de soutien reçu			0			17			42
Soutien perçu	4,26 (.63)	1,81-5,00		4,31 (.68)	1,83-5,00		4,45 (.52)	2,89-5,00	
ISN	1,17 (.19)	1,00-1,81		1,11 (.17)	1,00-2,00		1,06 (.12)	1,00-1,60	
Pas d'ISN			18			40			67

	T1 (n = 78)			T2 (n = 70)			T3 (n = 75)		
	M (ÉT)	Étendue	%	M (ÉT)	Étendue	%	M (ÉT)	Étendue	%
ÉSA ou ÉSPT	2,94 (3,68)	0-16		7,39 (12,49)	0-49		4,39 (7,87)	0-34	
Pas de symptômes			33			43			53
Dépression	4,22 (6,52)	0-37		2,13 (4,23)	0-22		1,52 (3,96)	0-24	
Pas de symptômes			44			57			73

Notes: Les scores présentés ne sont pas transformés; ISN = Interactions sociales négatives; ÉSA = Symptômes d'ÉSA tels que mesurés par le SCID-I au T1; ÉSPT = Symptômes d'ÉSPT tels que mesurés par l'ÉMST aux T2 et T3; Dépression = Symptômes dépressifs tels que mesurés par l'IDB-II.

Tableau 2

Corrélations du soutien positif et des ISN de l'*EPSS* avec le soutien positif et les ISN de l'*ISP*

	<i>ISP</i> -positif	<i>ISP</i> -ISN
<i>EPSS</i> -positif		
T1 ($n = 76$)	.52**	.18
T2 ($n = 70$)	.29*	-.01
T3 ($n = 75$)	.26*	.15
<i>EPSS</i> -ISN		
T1 ($n = 76$)	.13	.26*
T2 ($n = 70$)	.19	.29*
T3 ($n = 75$)	.20	.39**

Notes: ISN = Interactions sociales négatives; *EPSS*-Positif = Soutien reçu positif tel que mesuré par l'*EPSS*; *EPSS*-ISN = Interactions sociales négatives telles que mesurées par l'*EPSS*; *ISP*-Positif = Soutien reçu positif tel que mesuré par l'*ISP*; *ISP*-ISN = Interactions sociales négatives telles que mesurées par l'*ISP*.

** $p < .01$; * $p < .05$

Tableau 3

Corrélations entre les mesures du soutien social de l'*EPSS* et la présence de symptômes d'ÉSA, d'ÉSPT et de dépression

	T1 (<i>n</i> = 78)		T2 (<i>n</i> = 70)		T3 (<i>n</i> = 75)	
	ÉSA	Dépression	ÉSPT	Dépression	ÉSPT	Dépression
Soutien reçu	.33**	.32**	.48**	.41**	.51**	.26*
Soutien perçu	-.05	-.26*	-.20	-.36**	-.31**	-.34**
ISN	.31**	.26*	.30*	.28*	.39**	.49**

Notes: ÉSA = Symptômes d'ÉSA tels que mesurés par le *SCID-I*; ÉSPT = Symptômes d'ÉSPT tels que mesurés par l'*ÉMST*; Dépression = Symptômes dépressifs tels que mesurés par l'*IDB-II*; ISN = Interactions sociales négatives.

** $p < .01$; * $p < .05$

Références

- Andrews, B., Brewin, C. R., & Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 421-427.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Barrera, M., Sandler, I. N., & Ramsay, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology, 9*(4), 435-447.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment, 67*(3), 588-597.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manuel de l'Inventaire de dépression de Beck*, (2^e éd.). Canada: Harcourt Brace & Company.
- Borja, S. E., Callahan, J. L., & Long, P. J. (2006). Positive and negative adjustment and social support of sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 905-914.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748-766.
- Caplan, R. D., Cobb, S., French, J. R. P., Van Harrison, R., & Pinneau, S. R. (1980). *Job demands and worker health: Main effects and occupational differences*. University of Michigan, Survey Research Center.
- Carlier, I. V. E., Lamberts, R. D., & Gersons, B. P. R. (1997). Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: a prospective analysis. *Journal of Nervous & Mental Disease, 185*(8), 498-506.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, (2^e éd.). Hillsdale, NJ: Earlbaum.
- Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology, 13*(2), 99-125.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships, 1*, 37-67.

- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment, 10*(2), 83-89.
- Dunkel-Schetter, C., & Bennett, T. L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. In B. R. Sarsaon, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Éds.), *Social support: An interactional view* (pp. 267-296). New York: Wiley.
- Elklit, A., Shevlin, M., Solomon, Z., & Dekel, R. (2007). Factor structure and concurrent validity of the World Assumptions Scale. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 291-301.
- Falsetti, S., Resnick, H., Resnick P. A., & Kilpatrick, D. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *The Behavioral Therapist, 16*, 161-162.
- Farnsworth, J. K., & Sewell, K. W. (2011). Fear of emotion as a moderator between PTSD and firefighter social interactions. *Journal of Traumatic Stress, 24*(4), 444-450.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Guay, S., Beaulieu-Prévost, D., Beaudoin, C., St-Jean-Trudel, E., Nachar, N., Marchand, A. *et al.* (2011). How do social interactions with a significant other affect PTSD symptoms? An empirical investigation with a clinical sample. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 20*, 280-303.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between post-traumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 327-338.
- Guay, S., Marchand, A., Iucci S., & Martin, A. (2002). Validation de la version québécoise de l'échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique auprès d'un échantillon clinique. *Revue québécoise de psychologie, 23*(3), 257-269.
- Guay, S., & Miller, J.-M. (2000). Traductions du Perceived Supportive Spouse Behaviors et du Perceived Negative Spouse Behaviors. Document inédit. Centre de recherche Fernand-Seguin.
- Halvorsen, J. O., & Kagee, A. (2010). Predictors of Psychological Sequelae of Torture Among South African Former Political Prisoners. *Journal of Interpersonal Violence, 25*(6), 989-1005.
- Hess, U., Senécal, S., & Vallerand, R. J. (2000). Les méthodes quantitative et qualitative de recherche en psychologie. In R. J. Vallerand & U. Hess (Éds.), *Méthodes de recherche en psychologie* (pp. 507-529). Montréal : Gaëtan Morin.

- Jacobsen, D. E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of Health & Social Behavior*, 27(3), 250-264.
- Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma. New York: Free Press.
- Keane, T. M., & Barlow, D. H. (2002). Posttraumatic Stress Disorder. In D. H. Barlow (Éd.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 418-453). New York: Guilford Press.
- Koenen, K., C., Stellman, J. M., Stellman, S. D., & Sommer J. F. (2003). Risk factors for course of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans: a 14 year follow-up of American Legionnaires. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 980-986.
- Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., et al. (1990). *Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel Inc.
- LaRocco, J. M., House, J. S., & French, J. R. P. (1980). Co-worker and leader support as moderators of stress-strain relationships in work situations. *Journal of Applied Psychology*, 63, 629-634.
- Lepore, S. J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In A. Baum & B. L. Anderson (Éds), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 99-116). Washington, DC: American Psychological Association.
- Maia, D. B., Marmar, C. R., Henn-Haase, C., Nòbrega, A., Fiszman, A., Marques-Portella, C., et al. (2011). Predictors of PTSD Symptoms in Brazilian Police Officers: the Synergy of Negative Affect and Peritraumatic Dissociation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(4), 362-366.
- Manne, S. L., Taylor, K. L., Dougherty, J., & Kemeny, N. (1997). Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 101-125.
- Marmar, C. R., Mccaslin, S. E., Metzler, T. J., Best, S., Weiss, D. S., Fagan, J., et al. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 1-18.
- Martin, M., Marchand, A., Boyer, R., & Martin, N. (2009). Predictors of the development of posttraumatic stress disorder among police officers. *Journal of Trauma and Dissociation*, 10, 451-468.

- McNally, V. J., & Solomon, R. M. (1999). The FBI's Critical Incident Stress Management Program. *FBI Law Enforcement Bulletin*, 68, 20-26.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2008). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, S(1), 3-36.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2010). Risk and resilience factors among Italian municipal police officers exposed to critical incidents. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 25(1), 27-33.
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality & Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Stephens, C. (1997). Debriefing, social support and PTSD in the New Zealand police: Testing a multidimensional model of organisational traumatic stress. *Australian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1, Récupéré le 10 mars 2008 de <http://www.massey.ac.nz/~trauma/>
- Stephens, C., & Long, N. (1999). Posttraumatic stress disorder in the New Zealand police: the moderating role of social support following traumatic stress. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 12(3), 247-264.
- St-Jean-Trudel, E., Guay, S., & Bonaventure, M. (2003). Social support and anxiety disorders: A pilot study. Affiche présentée à l'AABT's 37th Annual Convention, Boston, MS.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 369-389.
- Vaux, A., Riedel, S., & Stewart, D. (1987). Modes of social support: The Social Support Behaviors (SS-B) Scale. *American Journal of Community Psychology*, 15, 209-237

- Weiss, R. (1976) Transition states and other stressful situations: Their nature and programs for their management. In G. Caplan & M. Killilea (Éds), *Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations*. New York: Grune et Stratton.
- Wills, T. A., & Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Éds). *Handbook of Health Psychology* (pp. 209-234). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wills, T. A., & Shinar, O. (2000). Measuring perceived and received social support. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Éds.), *Social support measurement and intervention* (pp. 86-135). New York: Oxford University Press.
- Winefield, H. R., Winefield, A. H., & Tiggemann, M. (1992). Social support and psychological well-being in young adults: The Multi-Dimensional Support Scale. *Journal of Personality Assessment*, 58(1), 198-210.
- Yuan, C., Wang, Z., Inslicht, S. S., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Henn-Haase, C. *et al.* (2011). Protective factors for posttraumatic stress disorder symptoms in a prospective study of police officers. *Psychiatry Research*, 188(1), 45-50.
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E. *et al.* (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of Axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorder*, 14(4), 291-299.
- Zoellner, L. A., Foa, E. B., & Brigidi, B. D. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 12 (4), 689-700.

CHAPITRE III
LE SOUTIEN SOCIAL ET L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES
POLICIERS: UNE ÉTUDE LONGITUDINALE

Social Support and PTSD Among Police Officers: A Longitudinal Study

Céline Nadeau, MPs

Departement of Psychology, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

André Marchand, PhD

Departement of Psychology, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Stéphane Guay, PhD

Centre d'étude sur le trauma, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, Québec, Canada

This research was supported by scholarships awarded to the first author by the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC), the Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), and the Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC) and by a research grant awarded to the second author by the IRSST.

Résumé

Cette étude examine la relation entre les symptômes d'état de stress post-traumatique (ÉSPT) et le soutien social (perçu et reçu) et les interactions sociales négatives (ISN) chez les policiers. Les participants ($N = 83$), recrutés dans quatre services de police municipaux du Québec, ont été évalués à 2 semaines, 1 mois, 3 mois et 12 mois à la suite d'un événement traumatique (ÉT) survenu dans le cadre de leur travail. Les résultats révèlent que des niveaux plus élevés de soutien perçu et plus faibles d'ISN sont chacun associés à moins de symptômes d'ÉSPT. Cependant, contrairement à notre prédiction, un niveau plus élevé de soutien reçu est relié à davantage de symptômes. Des analyses de régression hiérarchique démontrent que le soutien initial (perçu et reçu dans les deux premières semaines à la suite du trauma) serait particulièrement important puisqu'il prédit les symptômes à 1 mois (ISN) et 3 mois (soutien reçu et perçu). Cette étude vient s'ajouter à plusieurs autres qui ont montré qu'un meilleur soutien perçu puisse être un facteur de protection au développement de symptômes d'ÉSPT chez les policiers. Par ailleurs, ces résultats mettent également en relief l'impact potentiellement nuisible des ISN sur le rétablissement des policiers après un ÉT. Les implications cliniques de ces résultats concernant des recommandations destinées aux organisations policières quant à leurs stratégies de prévention et d'intervention et les implications pour les recherches futures sont discutées.

Mots-clés: ÉSPT, état de stress post-traumatique, soutien social, policiers, interactions sociales négatives

Abstract

This study examined the relationship between posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms and social support (perceived and received) and negative social interactions (NSI) among police officers. Participants ($N = 83$) recruited from four urban police services in Quebec were assessed at 2 weeks, 1 month, 3 months and 12 months following a duty-related traumatic event. Greater perceived social support and fewer NSI were each associated with fewer PTSD symptoms; however, contrary to our prediction, a higher level of received social support was related with greater symptomatology. Hierarchical regression analyses showed early support (i.e., within the first 2 weeks of the trauma) to be particularly meaningful as it predicted symptoms at 1 month (NSI) and 3 months (perceived and received support). This study adds to several others that found greater perceived social support to be a protective factor for the development of PTSD symptoms in police officers; however, these results also highlight the potentially negative impact of counter-supportive interactions on an officer's recovery following a traumatic event. Clinical implications in terms of prevention and intervention guidelines for law enforcement organizations and implications for future research yielded by these findings are discussed.

Keywords: PTSD, posttraumatic stress disorder, social support, police officers, negative social interactions

Police officers are often exposed to potentially traumatic events as part of their regular duties. Such events may include armed confrontations, riots or witnessing violent deaths. Cumulative exposure to such events and repeated occupational stressors put officers at risk for developing posttraumatic stress disorder (PTSD) (Friedman & Higson-Smith, 2003; Violanti & Gehrke, 2004).

Recent meta-analyses have established the importance of social support for reducing posttraumatic symptomatology (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003; 2008). However, these results are tempered by uncertainty since little is known about the mechanisms that allow social support to be effective (for reviews, see Charuvastra & Cloitre, 2008; Guay, Billette, & Marchand, 2006). Theoretical models suggest some explanations of how social support can have an impact on the victim's symptomatology. Among them, two models suggest that social support can have a positive or negative impact on PTSD: 1) through the influence of significant others on the victim's interpretation of the event (Joseph, Williams, & Yule, 1997); and 2) through the reactions from significant others after the traumatic event (e.g., non-critical and receptive versus critical and non-receptive responses) or the way the victim interprets these reactions (Ehlers & Clark, 2000). These influences from others can, in turn, affect the emotional states of the victims (e.g., guilt, shame, fear) and their coping strategies (e.g., degree of avoidance of thoughts, degree of social withdrawal), which consequently can lessen, maintain or exacerbate PTSD symptoms. In accordance with the beneficial effect of social support on PTSD as argued in the discussed models, many retrospective and cross-sectional studies with samples of police officers (Friedman & Higson-Smith, 2003; Maia et al., 2011; Marmar et al., 2006; Martin, Marchand, Boyer, & Martin, 2009; Prati & Pietrantonio, 2010) and two prospective studies (Carlier, Lamberts, & Gersons, 1997; Yuan et al., 2011) have found that those who perceived greater availability or reported higher satisfaction with regard to social support experienced fewer PTSD symptoms.

The theoretical models previously outlined also proposed that negative social interactions (NSI) (e.g., receiving criticism, minimization of feelings expressed, being avoided by others), may lead to negative outcomes for PTSD. A blaming response from a

significant other, for instance, could discourage the victim's assimilation and reappraisal of his or her traumatic memories and, consequently, maintain or even exacerbate posttraumatic symptoms. Empirical studies with sexual assault or rape victims (Borja, Callahan, & Long, 2006; Zoellner, Foa, & Brigidi, 1999), victims of violent crimes (Andrews, Brewin, & Rose, 2003), firefighters (Farnsworth & Sewell, 2011) and clinical patients diagnosed with PTSD (Guay et al., 2011) have found, interestingly, NSI to be a more powerful predictor of PTSD symptoms than positive social support. Despite the established relevance of NSI for trauma survivors, no study to date has focused on the degree to which NSI relate to PTSD symptoms among police officers. Nevertheless, the group cohesiveness valued in the paramilitary culture of law enforcement may have a positive effect on team members, but may also backfire when, for instance, members criticize other team members' interventions. Since police officers depend upon each other in life-threatening situations, they may be particularly sensitive to the judgments or avoidant behaviors of their peers for fear of being viewed as inadequate or as an undependable officer (Violanti, 1996).

Numerous instruments to assess social support exist. They can be divided into two broad categories: 1) received social support, which refers to the actual receipt of help (as perceived by the recipient); and 2) perceived social support, which includes the perceived availability of support (i.e., the belief that help would be available if needed), and perceived adequacy of the support received (Barrera, 1986; Wills & Shinar, 2000). The positive effect of perceived social support on mental health and PTSD symptoms has been more consistently verified compared to received social support, but measures of received support have not been frequently used in trauma research (Kaniasty, 2005). The reason for this neglect, as argued by Kaniasty, may be that many stress and coping studies revealed no effect, or even positive associations, between received support and psychological distress. In their review, Wills and Shinar (2000) noted the divergence in results between perceived and received social support and suggested these two constructs tap different processes, an observation that warrants further investigation according to these authors. Trauma research in the law enforcement population seems representative of the neglect of received support assessments since the majority of the studies measured either the perceived support available or satisfaction, but rarely the support actually received.

Several longitudinal studies provide us information about the effect of social support on posttraumatic symptomatology over time. A study with survivors of motor vehicle accidents (Robinaugh et al., 2011) found that neither perceived support nor the quality of social interactions (positive or negative) was associated with PTSD symptom severity at 4 weeks following the accident. Nonetheless, among those with elevated PTSD symptom severity at 4 weeks, greater perceived social support, more positive social interactions and fewer NSI were each associated with reductions in PTSD symptom severity from 4 to 16 weeks. These authors concluded that each social support construct was associated with the maintenance of elevated PTSD symptom severity, but not with symptom development. Moreover, the study of Zoellner et al. (1999) concerning sexual and non sexual assault victims indicated that interpersonal friction, but not received positive support, was associated with PTSD and depression symptoms at 2 weeks post-trauma. In addition, interpersonal friction at 2 weeks predicted PTSD symptom severity at 3 months post-trauma beyond the effects of PTSD symptoms at 2 weeks post-trauma. Similar results were found with victims of violent crime where support satisfaction and negative responses from family and friends (but not received positive support) were both associated with PTSD symptom severity at 1 month post-crime, but that only negative responses at 1 month were associated with PTSD symptom severity at 6 months post-crime (Andrews et al., 2003). Finally, specific to the law enforcement population, the study by Yuan et al. (2011) showed that perceived availability of social support during police academy training was negatively associated with traumatic stress symptoms assessed after 2 years of service. Overall, it appears from these longitudinal studies that NSI and the social support (perceived or received) in the first weeks following the trauma are very likely to be associated with symptomatology assessed months and even years later. However, these studies showed less-conclusive results regarding whether or not social support is associated with symptoms experienced shortly after the trauma.

Current Study

In this study, we had three aims: 1) to assess NSI, perceived and received support, and the PTSD symptoms over a 12-month period among police officers recently involved in a potentially traumatic event; 2) to examine the associations between social support (both

positive and negative support) and PTSD symptoms; and 3) to identify dimensions of social support that predict posttraumatic symptoms over a 12-month period. To our knowledge, this study is the first to assess NSI in the law enforcement population, and one of the few to measure received support in addition to perceived support. Based on previous theoretical models and empirical works, we hypothesized the following: 1) that each aspect of social support will be associated with PTSD symptoms; more specifically, individuals with greater received and perceived support and fewer NSI would report fewer posttraumatic symptoms; 2) that NSI would be the strongest predictor of PTSD symptoms compared to received or perceived social support; and 3) in a longitudinal perspective, that early NSI and early perceived and received social support (i.e., within the first weeks of the traumatic event) would predict the severity of PTSD symptoms at 3 and 12 months post-trauma.

Method

Participants

Eighty-three police officers (63 men and 20 women) participated in the study on a volunteer basis. They had a mean age of 32.6 years ($SD = 7.7$), an average of 15.6 years of education ($SD = 1.9$), and an average of 8.6 years ($SD = 7.3$) of accumulated experience within the police service. Further, 92% identified themselves as Caucasian and 54% were married or in a relationship. The potentially traumatic events experienced by participants included the following: shooting incidents (40%); riots (14%); family dramas involving the death or serious injury of a child (14%); car chases (10%); deadly road accidents (4%); and other miscellaneous events (18%).

Procedure

Participants were recruited from four urban police services in Quebec as part of a prospective study to determine risk and resilience factors for developing PTSD. The research project was approved by the Ethics Committee of the Université du Québec à Montréal. Recruitment was done through advertisements within the different police services and

workers' union journals. Police officers interested in participating in the study were first screened over the phone, then assessed in person by a trained evaluator at four points in time: 2 weeks (T1), 1 month (T2), 3 months (T3) and 12 months (T4) following the traumatic event. Following each interview, participants completed questionnaires at home and returned them by mail.

The main inclusion criterion was having recently been exposed to a potentially traumatic event, as defined by criterion A for PTSD in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*; American Psychiatric Association, 2000). Other inclusion criteria included speaking and reading French or English and being sufficiently psychologically and physically fit to participate in an interview and answer several questionnaires. Written informed consent was obtained from all participants.

Measures

Demographics. Demographic data collected included gender, age, education attained, marital status and ethnic background. Data regarding job position and years of experience within the police service were also gathered.

PTSD symptoms. The French version of the PTSD module of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) was administered by qualified interviewers to assess acute stress disorder (ASD) symptoms at T1 and PTSD symptoms at T2, T3 and T4. Also, the French version of the Modified PTSD Symptoms Scale – Self-Report (MPSS-SR; Falsetti, Resnick, Resick, & Kilpatrick, 1993) was used to assess at T2, T3 and T4 the frequency and intensity of posttraumatic stress symptoms in the preceding two weeks. This self-report questionnaire consists of 17 items rated on 4-point frequency and intensity scales. Both instruments were chosen for the quality of their psychometric properties.

Social support. A semi-structured interview format instrument, developed for this study and adapted for the law enforcement population, was used to assess the social support at each time of measure. Validation analyses of the instrument have previously been carried

out with the data collected from the current study. As a result of those analyses, the tool was broken down into three scales: received social support, perceived social support and NSI. All three scales are rated on a 5-point Likert scale and include several types of social support provided from different sources (significant others outside the work environment, colleagues and superiors at work). Received social support scale measures emotional, informational and tangible support while all other scales include these three types of support in addition to esteem and companionship support. The received support dimension includes 3 questions to assess the perceived frequency of the social support received. The perceived support dimension contains 10 questions (5 questions to assess the availability of the support if needed and 5 questions to evaluate the perceived adequacy of the support received). Finally, 13 questions measure the perceived frequency of NSI. The instrument showed very good reliability for each time of measure with Cronbach's alpha ranging from .77 to .89 for the received social support scale, from .92 to .95 for the perceived social support scale, and from .91 to .93 for the NSI scale.

Trauma severity. The Trauma severity questionnaire (Martin, Marchand, & Boyer, 2003) was used to measure objective and subjective dimensions of the traumatic event, such as the nature and duration of the event, the perception of threat to one's life or physical integrity, pain or physical injuries, contact with injured or deceased persons.

Subsequent trauma. At T2, T3 and T4, interviewers assessed if participants had experienced a subsequent potentially traumatic event (according to criterion A for PTSD of the DSM-IV manual) since the previous assessment.

Results

Eighty-nine participants initially contacted us to participate in the study; six were excluded after initial assessment because they did not meet inclusion criteria. From the 83 participants who took part in the study, two withdrew at T3 and five at T4. Four stated that they did not have enough time, one had been assigned to a mission in another city, one had lost interest in participating and one did not return our calls. Since there was participant

attrition in addition to missing data within the variable set due to unreturned questionnaires, this left a sample varying across each time of measure. No significant differences were found between the participants for whom we lacked data and those who completed the study and returned questionnaires in terms of ASD and PTSD symptoms, social support variables, trauma severity, or demographics. Scores distribution analysis showed that, except for demographics and trauma severity variables, none of the studied variables met assumptions of normality. Floor effects (more than 15% of the participants at the lower end of the scale) were observed on ASD, PTSD, received support and NSI variables for each time of measure. Consequently, these variables were dichotomized by assigning a value of “0” when no ASD or PTSD symptoms were present and when participants scored “*Never*” on the received support and NSI scales; otherwise a value of “1” was assigned. The perceived support scale revealed an important negative asymmetry, which was corrected by applying a logarithmic transformation. All subsequent analyses were performed with the transformed data.

According to the SCID-I measure, 9% of participants ($n = 7$) presented ASD 2 weeks following the trauma but only 3% ($n = 2$) developed PTSD at 1 month, and none of the participants met the criteria for PTSD at 3 and 12 months following the event. A proportion analysis revealed a time effect for symptom remission with $\chi^2(3, N = 69) = 82.27, p < .001$. McNemar posteriori analyses indicated significant changes between T1 and T2, and between T2 and T3, with proportions of symptomatic participants decreasing from 68% to 32% between T1 and T2, and from 32% to 16% between T2 and T3. All MPSS-SR scores were below the clinical range and remained relatively low over time (see Table 1). Since MPSS-SR enabled greater discrimination between participants for their symptomatology compared to the SCID-I measure, regression analyses were conducted using MPSS-SR scores.

Insert Table 1 here

As presented in Table 1, mean scores showed a moderate level of received support at T1 and low levels at T2, T3 and T4. As participants indicated receiving low levels of support, they reported significantly lower levels of NSI ($p < .01$) at all times of measure, with 18% perceiving no NSI at T1, a percentage that increases to 45% at T2, 68% at T3 and reaches 72% at T4. Moreover, participants reported very high levels of perceived social support (availability and adequacy of support) at all times despite the few support received they have indicated.

Predictors of PTSD Symptoms

Predictive analyses for PTSD symptoms were carried out in two phases. First, correlations between predictors and symptoms at each time of measure were examined. Predictors included social support variables and potential confounding variables such as demographics, trauma severity and having been involved in a subsequent traumatic event between assessments. Variables that were not significantly correlated with the dependent variables were not included in the hierarchical regression analyses in order to increase statistical power. Of all the potential confounding variables examined, only the trauma severity (which significantly correlated with PTSD symptoms at T1, T2 and T3) and having been involved in a subsequent traumatic event between T3 and T4 (which significantly correlated with symptoms at T4) were retained as control variables to include in the regression model. As presented in Table 2, correlations between social support variables (with the exception of received social support) and PTSD symptoms were in expected directions at each time of measure. Perceived social support was negatively associated with symptoms, while received social support and NSI revealed positive correlations.

Insert Table 2 here

Hierarchical regression analyses were then executed for each time of measure with PTSD symptoms (or ASD symptoms for T1) as the dependent variable. Control variables were entered in the first block, followed by social support variables in the next blocks, one block for each time of measure, in order of time. Results of the final regression model indicated that at 2 weeks following the trauma (T1), received support and NSI each explained 5% of variance over and above the 6% explained by the trauma severity. At 1 month post-trauma (T2), received support at T1 accounted for the largest percentage of the variance (12%), followed by trauma severity (10%) and NSI at T1 (6%). At 3 months (T3), received and perceived support at T1 were able to explain 15% and 14% respectively of the variance of PTSD symptoms, and received support at T3 explained an additional 10%. Finally, at one year after the trauma (T4), only received support at T3 was able to add supplementary variance (18%) to the 16% explained by having been involved in a subsequent traumatic event since the last time of measure. A complete listing of the final regression model is reported in Table 3.

Insert Table 3 here

Discussion

Our results indicate that 9% of our sample met ASD diagnosis criteria, as measured with the SCID-I, 2 weeks after the event, and only 3% developed PTSD at 1 month, a rate that drops to 0% at 3 and 12 months post-trauma. Our results further add to the low PTSD rate found in the prospective study by Yuan et al. (2011) of police officers recruited from New York and California in which only 1 among 233 police officers assessed after 2 years of service had reached the cut-off point for a PTSD diagnosis. Other studies have also found a relatively low incidence of current duty-related PTSD with rates of 7% for police officers in the Netherlands and New Zealand (Carlier et al., 1997; Stephens & Miller, 1998) and 9% in Brazil (Maia et al., 2007). According to these numbers, it seems that despite repeated

exposure to potentially traumatic events, police officers represent a highly resilient population. The fact that police officers went through a selection process before hiring (Marmar, Weiss, Metzler, Ronfeldt, & Foreman, 1996), have deliberately chosen this stressful profession (Carlier et al., 1997), and have received a rigorous training to handle critical incidents (Marmar et al., 1996) might explain their resiliency. Another possibility is that police officers may be more inclined to underreport symptoms of psychological distress as the police culture may promote more socially desirable responses in psychological assessments (Perrin et al., 2007; Yuan et al., 2011).

At all assessment times in our study, participants reported low levels of received support and even lower levels of NSI. However, according to the high levels of perceived support, it seems the support received, although low, met their needs (high adequacy) and was perceived as available if needed (high availability). Helgeson (2003) noted that positive social support measures often indicate a ceiling effect where people tend to report extremely high levels of positive support while it is not uncommon to find low levels of NSI, but with more variability in its measure. Our study reveals similar observations except for received support where low levels were reported. Since few symptoms were recorded in our study, we can argue participants were not distressed enough to receive or seek more support. According to the stress and coping model of Lazarus and Folkman (1984), people would seek support when they appraise that their coping capacities have been exceeded, which may not have been the case for many of our participants. Also, since police officers in our sample were involved in events that placed them in a position to be judged by the public, the media, their colleagues, superiors and sometimes by investigators, it is possible that it prevented them from talking about the event and receiving support.

Social Support as Predictor of PTSD

The negative association found in our study between perceived support and PTSD symptoms confirms our prediction and adds to several other studies with police officers that demonstrated a negative relationship between perceived availability or satisfaction of social support and PTSD (Friedman & Higson-Smith, 2003; Carlier et al., 1997; Maia et al., 2011;

Marmar et al., 2006; Martin et al., 2009; Prati & Pietrantonio, 2010; Yuan et al., 2011). Moreover, the current study is the first to show, within a sample of police officers, that the presence of NSI predicts PTSD symptoms, joining numerous other studies with various other populations (Andrews et al., 2003; Borja et al., 2006; Farnsworth & Sewell, 2011; Guay et al., 2011; Zoellner et al., 1999). However, contrary to our hypothesis, and to these studies in which NSI were found to better predict posttraumatic symptom severity than positive social support, our study does not reveal a superior predictive capability for NSI. Possible reasons for our divergent results might be that our sample was not symptomatic enough, or that the variability of the NSI measure was too low (even lower than the variability of positive support measures) to permit NSI to be more reliably linked to symptoms.

Our results showed received support to predict symptoms with more consistency since it is the only variable that explained variance at all times of measure, and often with a greater proportion. However, its relationship with PTSD symptoms was not as expected (i.e., participants who received social support experienced more distress). Two studies with survivors of cruise ship disasters (Dalgleish, Joseph, Thrasher, Tranah, & Yule, 1996; Joseph, Andrews, Williams, & Yule, 1992) presented divergent results since they clearly concluded that the more the victim had the opportunity to talk, vent or receive practical help, both immediately and later after the disaster, the less traumatic distress was reported. On the other hand, our results are somewhat illustrative of Wills and Shinar (2000)'s review, which indicated that the stress-buffering capabilities of received support, compared to perceived support, seem more limited as some studies revealed no effect or even sometimes more psychological distress associated with received support.

In the law enforcement population, the study of Davidson and Moss (2008), which measured the extent to which police officers had disclosed a particular work-related traumatic event, found similar results to ours. The study suggested that symptoms of psychological maladjustment in police officers, including posttraumatic symptoms, were found to be associated with a greater extent to which police officers expressed negative emotions and cognitive disclosures. Similarly, the study of Stephens and Long (2000) indicated differential effects on PTSD symptoms for diverse aspects of communication

between police officers. The ease of talking about trauma in the workplace and some types of communication, such as positive communication about work, moderated the effects of stress for police officers, while other types of communication buffered stress only at moderate levels and others were not beneficial. Stephens and Long's study empirically highlighted the fact that it is not simply to talk about distressing experiences that is important, but rather the content and quality of the talk, which in turn can be shaped by the ease of talking about trauma. Accordingly, Ehlers and Clark (2000) pointed out that the beneficial effect on trauma recovery of thinking and talking about the event is dependent on the way people think and talk about it. For instance, talking would often be done in a non-emotional way—the victim reporting the trauma in a factual manner, avoiding the aspects he or she finds the most distressing. This would prevent proper access to the meaning of the event and its contextualization, a condition normally required for the trauma recovery process to be efficient. So, this argument from Ehlers and Clark (2000) could easily apply to our study since police officers may be particularly inclined to talk in a non-emotional manner. Police officers learned through training and experience to shut off their feelings towards various situations at work (Violanti, 1996) and were found, in part, to perceive the expression of emotion as dangerous and threatening to performance, demanding management and control (Howard, Tuffin, & Stephens, 2000). Since we don't know the ways in which our participants talked about the event, it remains possible they were doing so in an inefficient manner.

Other hypotheses can also explain the positive association our study revealed between received support and posttraumatic stress reactions. First, according to the low level of symptomatology reported, we can suggest our participants were not sufficiently distressed to enable finding a reverse relationship, meaning that received support would be capable of beneficial influence only at greater and unambiguous levels of stress. Also, the support mobilization hypothesis argued by Barrera (1986) could explain our results. This hypothesis claims that individuals who show the greatest symptomatology would receive and/or seek the most enacted support. According to this hypothesis, officers with symptoms following the event would be those most likely to seek and/or receive support. In summary, although our study could not test any of these assumptions, it clearly emphasized the importance of

received support, as this construct more consistently predicted posttraumatic symptoms over time. Thus, the received support measure could be very enlightening regarding the mechanisms that permit social support to either lower, maintain or exacerbate posttraumatic distress.

Longitudinal Perspective of Social Support as Predictor of PTSD

It was hypothesized that NSI and the support perceived and received initially (i.e., in the first weeks following the traumatic event), would be associated with PTSD symptoms assessed months later. This hypothesis was partly confirmed since all social support dimensions assessed at T1 (2 weeks) and T2 (4 weeks) showed significant links with symptoms at T3 (3 months) but, contrary to our hypothesis, not with symptoms at T4 (12 months). Accordingly, results from the hierarchical regression analyses indicated that perceived and received support at T1 predicted symptoms at T3 but both ceased to be predictors at T4. In addition, though not in the exact time frame of our hypothesis, received support at T3 remained predictive of symptoms at T4 and NSI at T1 continued to predict symptoms at T2 but not beyond. Thus, NSI and social support, perceived or received, in the first 2 weeks following the trauma appear to be particularly important, since all these dimensions at T1 predicted symptoms weeks or months later and often beyond the effect of the subsequent support perceived or received. Furthermore, as early support would be critical, the examination of the cross-sectional relationships at each moment of measure indicates that the support recently perceived or received (with few exceptions at T1 and T2) also influences symptomatology.

Globally, our findings add to other longitudinal studies that showed early perceived support (Robinaugh et al., 2011; Yuan et al., 2011), received support (Robinaugh et al., 2011), and NSI (Andrews et al., 2003; Robinaugh et al., 2011; Zoellner et al., 1999) to be associated with PTSD symptoms months after the traumatic event. However, contrary to the study by Yuan et al. (2011), which reported social support assessed during academy training to be linked to PTSD symptoms after 2 years of service, the initial support perceived and received in our study no longer predicted symptoms at 12 months. One explanation may be

the reduced variability in symptoms at T4, as more participants were asymptomatic compared to preceding assessments. This may have limited the power of finding relationships or stronger relationships with symptomatology. Another possibility may be the presence of interference in reporting symptoms at T4, as symptoms could be linked to either the initial or a subsequent traumatic event. This conceivable confusion in symptom reporting would be exclusive to the T4 assessment since it is the only time of measure where subsequent traumatic events were recorded.

Limitations and Strengths

Interpretation of the results of this study must take into account several limitations. First, our sample consisted of police officers who presented few traumatic symptoms. Thus, it is uncertain whether our results can be generalized to apply to a more severely affected population, a civilian population or even other types of high-risk population. In fact, other studies have revealed that individuals with less formal training in rescue work (e.g., volunteers, paramedics) tend to have stronger posttraumatic stress reactions (Marmar et al., 1996; Perrin et al., 2007). Second, it remains unclear the degree to which our subset of police officers are representative of all personnel working in different police departments in Quebec, since participation was on a volunteer basis. We cannot exclude the possibility that non-participants may have been more distressed. Third, all of our measures of social support were based on the perceptions of participants; therefore, there were no objective measures of the support actually received. Finally, the study did not measure social support before the traumatic event, limiting conclusions about causality. Our research design remained correlational and relationships between social support and posttraumatic distress can still be interpreted in both directions.

Despite these limitations, our study presents important strengths. First, there are few longitudinal studies that address the relationship between social support and PTSD over time among police officers. Second, studies with police have rarely assessed social support in such an extensive way, by including both the positive and negative outcomes of social support, and by measuring received support in addition to perceived support. Finally,

questions on social support were adapted to the law enforcement population, and related to a specific and recent duty-related traumatic event.

Conclusions and Future Research

Overall, despite the reduced variability displayed in all our social support measures and in symptomatology, our findings still demonstrate that positive social support (received and perceived) and NSI clearly correlate with posttraumatic symptoms of police officers recently involved in a traumatic event. Also, early social support (i.e., within the first 2 weeks of the trauma) appears to be particularly meaningful, as it predicted symptoms at 1 month (NSI) and 3 months (perceived and received social support) after the trauma. Moreover, received social support revealed to more consistently predict PTSD symptoms over time compared to NSI or the perceived availability and satisfaction of support. However, the receipt of support correlated in the opposite direction than expected (i.e., receiving support was positively associated with posttraumatic symptoms). Consequently, our findings underline the fact that received support, which is less commonly studied, could be particularly significant for trauma recovery, either positively or negatively. Therefore, further study is required to understand the link between received support and posttraumatic distress. Future trauma research should, then, pay more attention to received support and assess this dimension in a more thorough manner. For instance, assessments could include what is actually disclosed or communicated by the victim to the support provider, the victim's interpretation of help offers, and the thoughts, opinions or advice provided to the victim. Furthermore, measures based on the direct observation of the behaviors of both the support recipient and provider should also be incorporated in order to supply objective measures of the support perceived and received.

Clinical Implications

Altogether, the results of this study yield relevant implications for both prevention and intervention guidelines for police organizations. First, assessing social support in the days or weeks following a traumatic event could permit the screening of police officers at

risk of developing PTSD and those who might need additional or more appropriate support. Second, and still in a preventative scope, information could be provided to officers throughout their training years about the impact of supportive and counter-supportive interactions on a co-worker's recovery after a traumatic event. The training could incorporate basic notions of social support aimed at raising officers' awareness about which behaviors are supportive and which are counter-supportive. Finally, traumatized officers might benefit from interventions that target social support improvement and address counter-supportive behaviors from significant others. Recent studies have shown the positive impact of improved social support from significant others, especially the spouse, on PTSD symptoms (Monson, Fredman, & Adair, 2008; Tarrier & Humphreys, 2003). Clinicians working in police organizations should be encouraged, when appropriate, to include the officer's spouse in treatment in order to improve the spouse's social support behaviors.

Table 1

Means, Standard Deviations and Range Values of the Study Variables

Variable	T1 ^a			T2 ^b			T3 ^c			T4 ^d		
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	Range	%	<i>M</i> (<i>SD</i>)	Range	%	<i>M</i> (<i>SD</i>)	Range	%	<i>M</i> (<i>SD</i>)	Range	%
RSS	2.34 (0.64)	1.25-4.08		1.56 (0.55)	1.00-3.42		1.26 (0.44)	1.00-3.42		1.23 (0.48)	1.00-3.83	
	No RSS		0			0			19			43
PSS	4.26 (0.63)	1.81-5.00		4.37 (0.64)	1.83-5.00		4.43 (0.54)	2.89-5.00		4.52 (0.40)	3.17-5.00	
NSI	1.17 (0.19)	1.00-1.81		1.09 (0.17)	1.00-1.60		1.06 (0.12)	1.00-1.60		1.04 (0.10)	1.00-1.58	
	No NSI		18			45			68			72
ASD or PTSD	2.94 (3.65)	0-16		5.76 (10.06)	0-44		3.86 (6.90)	0-34		2.90 (6.00)	0-38	
	No symptoms		33			46			54			60

Note: Untransformed scores are presented; RSS = received social support; PSS = perceived social support; NSI = negative social interactions; ASD = acute stress disorder symptoms as measured with the SCID-I at T1; PTSD = posttraumatic stress disorder symptoms as measured with the MPSS-SR at T2, T3 and T4.

^a*n* = 79; ^b*n* = 67; ^c*n* = 72; ^d*n* = 68.

Table 2

Correlations Between Study Variables

Variable	ASD (T1)	PTSD (T2)	PTSD (T3)	PTSD (T4)
Trauma severity	.24*	.32**	.32**	.24
Subsequent trauma		.04	-.05	.40**
T1 ^a				
RSS	.27*	.24	.30*	.17
PSS	-.07	-.11	-.31**	-.10
NSI	.27*	.25*	.25*	.15
T2 ^b				
RSS		.42**	.38**	.19
PSS		-.14	-.39**	-.19
NSI		.24	.38**	.13
T3 ^c				
RSS			.49**	.47**
PSS			-.36**	-.21
NSI			.43**	.21
T4 ^d				
RSS				.27*
PSS				-.30*
NSI				.25*

Note: Subsequent trauma = participant was involved in a subsequent traumatic event since last assessment, coded as yes/no; RSS = received social support; PSS = perceived social support; NSI = negative social interactions; ASD = acute stress disorder symptoms; PTSD = posttraumatic stress disorder symptoms.

^a*n* = 79; ^b*n* = 67; ^c*n* = 72; ^d*n* = 68.

**p* < .05

***p* < .01

Table 3

Summary of Hierarchical Regression Analyses with ASD or PTSD Symptoms as Dependent Variables

Steps	Predictors	Adjusted R ²	ΔR^2	sr ²	β
ASD at T1 ^a					
Block 1	Trauma severity	.05	.06*		.24*
Block 2		.14	.12**		
	RSS at T1			.05*	.25*
	NSI at T1			.05*	.23*
PTSD at T2 ^b					
Block 1	Trauma severity	.09	.10**		.32**
Block 2	NSI at T1	.13	.06*		.24*
Block 3	RSS at T2	.24	.12**		.37**
PTSD at T3 ^c					
Block 1	Trauma severity	.09	.10**		.32**
Block 2		.30	.23**		
	RSS at T1			.15**	.43**
	PSS at T1			.14**	-.40**
Block 3	RSS at T3	.10	.10**		.35**
PTSD at T4 ^d					
Block 1	Subsequent trauma	.15	.16**		.40**
Block 2	RSS at T3	.32	.18**		.43**

Note: Subsequent trauma = participant was involved in a subsequent traumatic event since last assessment, coded as yes/no; RSS = received social support; PSS = perceived social support; NSI = negative social interactions; ASD = acute stress disorder symptoms; PTSD = posttraumatic stress disorder symptoms.

^an = 79; ^bn = 67; ^cn = 72; ^dn = 68.

* $p < .05$

** $p < .01$

References

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Andrews, B., Brewin, C. R., & Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 16*(4), 421-427.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology, 14*(4), 413-445.
- Borja, S. E., Callahan, J. L., & Long, P. J. (2006). Positive and negative adjustment and social support of sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress, 19*(6), 905-914.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 68*(5), 748-766.
- Carlier, I. V. E., Lamberts, R. D., & Gersons, B. P. R. (1997). Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*(8), 498-506.
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social Bonds and Posttraumatic Stress Disorder. *Annual Review of Psychology, 59*, 301-328.
- Dalgleish, T., Joseph, S., Thrasher, S., Tranah, T., & Yule, W. (1996). Crisis support following the Herald of Free-Enterprise disaster: a longitudinal perspective. *Journal of Traumatic Stress, 9*(4), 833-45.
- Davidson, A. C., & Moss, S. A. (2008). Examining the trauma disclosure of police officers to their partners and officers' subsequent adjustment. *Journal of Language and Social Psychology, 27*(1), 51-70.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy, 38*, 319-345.
- Falsetti, S., Resnick, H., Resnick P. A., & Kilpatrick, D. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *The Behavioral Therapist, 16*, 161-162.
- Farnsworth, J. K., & Sewell, K. W. (2011). Fear of emotion as a moderator between PTSD and firefighter social interactions. *Journal of Traumatic Stress, 24*(4), 444-450.

- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Friedman, M., & Higson-Smith, C. (2003). Building psychological resilience: Learning from the South African police service. In D. Paton, J. M., Violanti, & Smith, L. M. (Eds.), *Promoting capabilities to manage posttraumatic stress: Perspectives on resilience* (pp. 103-118). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Guay, S., Beaulieu-Prévost, D., Beaudoin, C., St-Jean-Trudel, E., Nachar, N., Marchand, A. et al. (2011). How do social interactions with a significant other affect PTSD symptoms? An empirical investigation with a clinical sample. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 20, 280-303.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3), 327-338.
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 12(Suppl. 1), 25-31.
- Howard, C., Tuffin, K., & Stephens, C. (2000). Unspeakable emotion: A discursive analysis of police talk about reactions to trauma. *Journal of Language and Social Psychology*, 19(3), 295-314.
- Joseph, S., Andrews, B., Williams, R., & Yule, W. (1992). Crisis support and psychiatric symptomatology in adult survivors of the Jupiter cruise ship disaster. *British Journal of Clinical Psychology*, 31(1), 63-73.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding post-traumatic stress: a psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chichester, England: Wiley.
- Kaniasty, K. (2005). Social support and traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 16(2), 1-7.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Maia, D. B., Marmar, C. R., Henn-Haase, C., Nóbrega, A., Fiszman, A., Marques-Portella, C. et al. (2011). Predictors of PTSD Symptoms in Brazilian Police Officers: the Synergy of Negative Affect and Peritraumatic Dissociation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(4), 362-366.
- Maia, D. B., Marmar, C. R., Metzler, T., Nóbrega, A., Berger, W., Mendlowicz, M. V. et al. (2007). Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers:

- Prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), 241-245.
- Marmar, C. R., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Best, S. R., Weiss, D. S., Fagan, J. A. et al. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 1-18.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Ronfeldt, H. M., & Foreman, C. (1996). Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta earthquake interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 63-85.
- Martin, M., Marchand, A., & Boyer, R. (2003). L'échelle de sévérité du trauma. Document inédit, Laboratoire d'étude du trauma au département de psychologie de l'UQAM.
- Martin, M., Marchand, A., Boyer, R., & Martin, N. (2009). Predictors of the development of posttraumatic stress disorder among police officers. *Journal of Trauma and Dissociation*, 10(4), 451-468.
- Monson, C. M., Fredman, S. J., & Adair, K. C. (2008). Cognitive-behavioral conjoint therapy for posttraumatic stress disorder: Application to Operation Enduring and Iraqi Freedom veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 64(8), 958-971.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2008). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 5(1), 3-36.
- Perrin, M. A., DiGrande, L., Wheeler, K., Thorpe, L., Farfel, M., & Brackbill, R. (2007). Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1385-94.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2010). Risk and resilience factors among Italian municipal police officers exposed to critical incidents. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 25(1), 27-33.
- Robinaugh, D. J., Marques, L., Traeger, L. N., Marks, E. H., Sung, S. C., Gayle Beck, J. et al. (2011). Understanding the relationship of perceived social support to post-trauma cognitions and posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(8), 1072-1078.

- Stephens, C., & Long, N. (2000). Communication with police supervisors and peers as a buffer of work-related traumatic stress. *Journal of Organizational Behavior*, 21(4), 407-424.
- Stephens, C., & Miller, I. (1998). Traumatic experiences and post-traumatic stress disorder in the New Zealand police. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 21(1), 178-191.
- Tarrier, N., & Humphreys, A.-L. (2003). PTSD and the social support of the interpersonal environment: The development of social cognitive behavior therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 187-198.
- Violanti, J. M. (1996). Trauma stress and police work. In D. E. Paton & J. M. E. Violanti (Eds.), *Traumatic stress in critical occupations: Recognition, consequences and treatment* (pp. 87-112). Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Violanti, J. M., & Gehrke, A. (2004). Police trauma encounters: precursors of compassion fatigue. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6(2), 75-80.
- Wills, T. A., & Shinar, O. (2000). Measuring perceived and received social support. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 86-135). New York, NY: Oxford University Press.
- Yuan, C., Wang, Z., Inslicht, S. S., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Henn-Haase, C. et al. (2011). Protective factors for posttraumatic stress disorder symptoms in a prospective study of police officers. *Psychiatry Research*, 188(1), 45-50.
- Zoellner, L. A., Foa, E. B., & Brigidi, B. D. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 12(4), 689-700.

CHAPITRE IV
DISCUSSION GÉNÉRALE

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce chapitre présente une discussion générale sur les résultats présentés dans les deux articles de cette thèse. La première section comprend une synthèse des résultats obtenus à la suite de la validation d'un nouvel instrument, l'« Entrevue semi-structurée sur la perception sur soutien social (EPSS) », conçu pour mesurer le soutien social auprès des policiers. La section comprend également les principaux résultats obtenus sur l'impact du soutien social, tel que mesuré par l'EPSS, sur les symptômes post-traumatiques chez des policiers ayant récemment vécu un événement traumatique (ÉT). La deuxième section porte sur l'interprétation des résultats concernant la corrélation positive obtenue (plutôt que négative) entre le soutien reçu et les symptômes d'ÉSPT. La troisième section aborde les implications cliniques de l'ensemble des résultats du programme de recherche alors que la quatrième section porte sur une discussion concernant les limites et les forces de la présente étude. Finalement, dans les cinquième, sixième et septième sections, l'auteure propose respectivement des pistes de recherche, des suggestions quant au transfert des connaissances et termine avec une brève conclusion générale pour clore ce chapitre.

4.1 Synthèse des principaux résultats

4.1.1 Validation d'un outil de mesure du soutien social auprès des policiers

Devant l'absence d'outil de mesure du soutien social adapté pour la population policière et adressant les multiples dimensions de ce construit, un nouvel instrument de mesure, intitulé « Entrevue semi-structurée sur la perception du soutien social (EPSS) », a été développé. La validation de l'EPSS, effectuée à partir d'un échantillon de 83 policiers québécois ayant récemment été impliqués dans un ÉT, est le sujet du premier article de la thèse. Les résultats de l'analyse factorielle proposent trois facteurs: 1) le soutien reçu; 2) le soutien perçu, qui inclut la perception de la disponibilité et de l'adéquation du soutien; ainsi que 3) les interactions sociales négatives (ISN). Chacun de ces trois facteurs révèle de très

bons indices de cohérence interne. En ce qui a trait aux autres analyses de fidélité de l'outil effectuées, le questionnaire présente une stabilité temporelle jugée bonne pour l'échelle de soutien perçu, mais faible tant pour le soutien reçu que pour les ISN. Également, les indices de validité convergente entre l'EPSS et un autre instrument de mesure du soutien social, soit l'*Inventaire de soutien perçu* (ISP; Manne et al., 1997; Guay & Miller, 2000), indiquent qu'il existe une différence significative entre ces deux instruments. Par ailleurs, l'EPSS présente une validité divergente jugée bonne avec la sous-échelle des croyances en un monde juste de l'*Échelle des croyances* (ÉC; Janoff-Bulman, 1992). Finalement, l'exercice de validation montre des associations significatives entre les trois échelles de soutien social et les symptômes d'ÉSA, d'ÉSPT et de dépression. Conforme à la littérature, le soutien perçu et les ISN présentent respectivement des associations négatives et positives avec les symptômes. Toutefois, contrairement à ce qu'on aurait pu s'attendre, des associations positives plutôt que négatives entre le soutien reçu et les diverses symptomatologies sont ressorties. À la lumière de ces résultats, il apparaît que l'EPSS présente des qualités psychométriques satisfaisantes et offre plusieurs atouts dont celui de couvrir largement le construit du soutien social, ce qui en fait un outil d'évaluation prometteur tant sur le plan de la recherche que de la clinique.

4.1.2 L'impact du soutien social sur les symptômes d'ÉSPT chez les policiers

Le deuxième article de la thèse révèle que parmi les 83 policiers récemment impliqués dans un ÉT, seulement 3% d'entre eux présentaient un diagnostic d'ÉSPT 1 mois après l'événement. Toutefois, à 3 et 12 mois, aucun des policiers ne souffrait d'un ÉSPT. Ce faible taux de prévalence obtenu se trouve en accord avec plusieurs études récentes qui tendent à démontrer que les policiers sont résilients malgré des expositions répétées à des ÉT dans le cadre de leurs fonctions. Au plan du soutien social, les résultats indiquent que les policiers rapportent un faible niveau de soutien reçu à la suite de l'ÉT et un niveau d'ISN encore plus faible à tous les temps de mesure. Cependant, malgré le peu de soutien reçu rapporté, les participants perçoivent que le soutien reçu répondait à leurs besoins (niveau élevé d'adéquation perçue) et que le soutien serait disponible s'ils en avaient besoin (niveau élevé de disponibilité perçue). Qui plus est, en dépit de la faible sévérité des symptômes

rapportée et de la limite quant à la faible variabilité des mesures obtenue tant pour les mesures de soutien social que pour les symptômes post-traumatiques, les résultats révèlent que toutes les dimensions du soutien social mesurées (soutien reçu, soutien perçu et les ISN) sont associées aux symptômes d'ÉSPT. Par ailleurs, les ISN ainsi que le soutien perçu et reçu tôt (dans les deux premières semaines après l'événement) semblent particulièrement importants pour la récupération des policiers puisqu'ils prédisent les symptômes d'ÉSPT à 1 mois (ISN) et à 3 mois (soutien perçu et reçu). La relation négative obtenue entre le soutien perçu et les symptômes post-traumatiques est conforme à plusieurs autres études qui ont révélé que les policiers qui perçoivent le soutien comme disponible et satisfaisant développent moins de symptômes post-traumatiques. Toutefois, cette étude serait la première à démontrer, auprès des policiers, que les ISN sont associées aux symptômes post-traumatiques et peuvent représenter un facteur potentiellement nuisible à leur rétablissement. Finalement, parmi les dimensions mesurées, le soutien reçu apparaît comme le prédicteur le plus constant en ressortant comme prédicteur à tous les temps de mesure au cours des 12 mois suivant l'événement. Néanmoins, la relation entre le soutien reçu et la symptomatologie se présente dans la direction opposée à laquelle on aurait pu s'attendre; c'est-à-dire que la présence de soutien reçu est associée positivement à la présence de symptômes. En conséquence, ce constat nous signale que le soutien reçu pourrait jouer un rôle particulièrement important (positivement ou négativement) dans la récupération des policiers à la suite d'un ÉT. Il s'avère alors indiqué de tenter de comprendre davantage le lien entre le soutien reçu et la symptomatologie post-traumatique. Pour cela, la communauté scientifique doit porter plus d'attention à cette dimension du soutien social qui se trouve pourtant à être plus rarement évaluée.

4.2 Comprendre l'association positive entre le soutien reçu et les symptômes d'ÉSPT

Comme soulignés dans les articles de cette thèse, les résultats du programme de recherche démontrent une corrélation positive, plutôt que négative, entre les symptômes post-traumatiques et le soutien reçu (c.-à-d. le fait de parler de l'ÉT, de recevoir des conseils, de recevoir une aide concrète). Est-ce qu'on doit comprendre que l'apport d'un soutien social après un ÉT puisse s'avérer nuisible plutôt qu'aidant pour les policiers? Cette question

mérite d'être discutée de manière détaillée surtout que d'autres études ont constaté de telles associations positives. Ainsi, afin de tenter de mieux comprendre l'impact que peut avoir le soutien reçu sur la symptomatologie post-traumatique, l'auteure propose dans cette section quelques réflexions, dont certaines ont déjà été mentionnées dans le deuxième article, alors que d'autres sont nouvellement introduites. Ces réflexions pourraient être pertinentes tant au plan clinique pour les intervenants qui travaillent auprès des policiers que pour guider les futures recherches dans le domaine.

Une première explication à ce résultat, qui semble de prime abord contre-intuitif, concerne la faible sévérité des symptômes d'ÉSPT rapportés. En effet, les participants de l'étude n'étaient peut-être pas suffisamment ébranlés par l'ÉT pour permettre d'obtenir une relation inverse. Autrement dit, il paraît plausible que l'effet bénéfique des comportements de soutien social ne pourrait se produire qu'à partir d'un certain niveau de détresse post-traumatique. Deuxièmement, l'hypothèse de la *mobilisation du soutien*, formulée par Barrera (1986) pourrait justifier le résultat. Cette hypothèse propose que les individus qui éprouvent davantage de détresse sont ceux qui recherchent et reçoivent plus de soutien social. Leur niveau de détresse plus apparent favoriserait la mobilisation de l'entourage à leur procurer de l'aide étant donné qu'ils manifestent des indices plus évidents de leurs difficultés. Selon cette supposition, les participants de cette étude qui présentaient des symptômes d'ÉSPT à la suite de l'événement auraient été ceux qui vivaient le plus de détresse et qui auraient donc été plus susceptibles de rechercher et recevoir du soutien, ce qui expliquerait le lien positif obtenu entre le soutien reçu et la symptomatologie.

En troisième lieu, il demeure envisageable que le fait de recevoir du soutien, donc de parler de l'ÉT et de raviver des souvenirs en lien avec le trauma entraîne une augmentation des symptômes à court terme alors que l'effet bénéfique d'un tel soutien ne se ferait sentir qu'à plus long terme ou qu'à partir d'un certain niveau de fréquence de soutien reçu. Cette possibilité n'est guère étrangère à ce qui est souvent observé en psychothérapie pour traiter les individus souffrant d'ÉSPT. Au début du traitement ou lorsque les clients entreprennent les exercices d'exposition, il arrive que les thérapeutes notent une détérioration de l'état de leurs clients (Abramowitz, Deacon, & Witheside, 2011; Brillon, 2004). Dès les premières

séances d'évaluation, le fait de décrire l'ÉT et de parler des symptômes et des séquelles qui en ont découlé peuvent entraîner une montée émotionnelle ou d'anxiété chez la victime. Par ailleurs, lorsque les clients entament des exercices d'exposition au cours du traitement, ils se trouvent encore une fois confrontés à l'ÉT et aux souvenirs qui s'y rattachent, ce qui peut provoquer des émotions intenses ou l'exacerbation (à court terme) de symptômes d'intrusion, de reviviscence et d'hyperactivation neurovégétative. Ainsi, le processus thérapeutique peut être ponctué de moments où la victime vit une augmentation de sa détresse, mais qu'à plus long terme, la répétition des exercices d'exposition aux souvenirs traumatiques entraînent une habitude et par conséquent, une réduction de la symptomatologie. De ce fait, il se peut que le soutien reçu ait ravivé chez les policiers des souvenirs reliés à l'ÉT et engendré un patron de réactions similaire à celui observé en thérapie. Cette supposition suggère aussi que la fréquence du soutien reçu par les participants ait pu être insuffisante pour apporter les bienfaits escomptés; ce qui paraît possible étant donné le faible niveau de soutien reçu indiqué par les policiers. Autrement dit, la quantité de soutien reçu aurait été suffisante pour déclencher une certaine montée des réactions post-traumatiques mais insuffisante pour permettre l'habitude aux souvenirs traumatiques qui résulte normalement d'une exposition graduelle et répétée aux éléments reliés au trauma.

Quatrièmement, non seulement la fréquence mais aussi le contenu de la communication et la manière dont la victime parle de l'ÉT pourraient nous éclairer pour mieux comprendre la direction de la relation entre le soutien reçu et la symptomatologie. Les résultats de l'étude de Stephens et Long (2000) auprès de policiers néo-zélandais illustrent cette possibilité. Cette étude révèle que dépendamment des aspects de la communication avec leurs collègues, on observe des variations quant aux effets de la communication sur les symptômes d'ÉSPT des policiers. Plus spécifiquement, la facilité avec laquelle les policiers peuvent parler de leurs expériences traumatiques au travail et le fait d'avoir certains types de communication entre collègues tels que des échanges sur des aspects positifs reliés au travail représenteraient des variables modératrices de la relation entre les expériences traumatiques et les symptômes d'ÉSPT. Également, d'autres types de communication comme le fait de parler modérément d'aspects négatifs reliés au travail ou d'événements perturbants au travail avec les collègues présentaient ce même effet modérateur. Toutefois, ces mêmes contenus de

communication mais à des niveaux élevés de fréquence accentuaient la relation entre les expériences traumatiques et les symptômes. Ainsi, d'après l'étude de Stephens et Long, il semble que l'effet bénéfique de parler d'événements perturbants (ÉT) puisse se faire sentir à des niveaux modérés de fréquence mais que lorsqu'on dépasse un certain niveau de fréquence, une relation inverse apparaîtrait où parler de l'ÉT est associé à davantage de symptômes d'ÉSPT.

En lien avec l'hypothèse précédente, Ehlers et Clark (2000) soulignent que ce qui est communiqué par la victime et sa manière de le communiquer pourraient favoriser ou non son rétablissement post-traumatique. Ces auteurs notent que certaines victimes qui disent penser et parler constamment de leur trauma rapportent n'en retirer aucun bénéfice. Selon Ehlers et Clark, la manière dont les victimes pensent et parlent de l'ÉT pourrait expliquer l'absence de bienfaits. Ces victimes auraient tendance à ruminer à propos de l'événement (p. ex., en se disant: « mais si j'avais plutôt réagi de cette façon ») et à parler de l'événement de manière non émotionnelle. En conséquence, les aspects qui représentent les réels enjeux pour la victime peuvent être mis de côté ce qui ne permet pas l'accès à la signification et au contexte de l'ÉT; une condition normalement requise pour conduire à une réduction de la symptomatologie post-traumatique. Les policiers pourraient être particulièrement sujets à aborder les ÉT en faisant abstraction de leurs émotions et sous forme de ruminations. En effet, à travers l'entraînement et l'expérience, les policiers apprendraient à se couper de leurs émotions devant des situations difficiles (Pogrebin & Poole, 1995; Reiser & Geiger, 1984; Violanti, 1996). Aussi, ils auraient tendance à percevoir, en partie, l'expression des émotions comme quelque chose de dangereux et menaçant pour leur performance au travail et qui requiert de la gestion et du contrôle (Howard, Tuffin, & Stephens, 2000). Par surcroît, les policiers auraient des attentes élevées quant à leur niveau de performance dans l'exécution de leurs tâches. Leur niveau élevé d'exigences les amènerait à réviser à maintes reprises leurs interventions en tentant d'évaluer ce qu'ils auraient pu faire de mieux ou autrement (Duckworth, 1986). Il devient donc concevable que les policiers puissent avoir tendance à ruminer à propos des ÉT et à en parler de manière non émotionnelle. Pour résumer l'ensemble des derniers arguments, la fréquence et le contenu des communications lors des

échanges de soutien et la façon dont la victime parle de l'ÉT pourraient être des facteurs qui expliquent que le soutien reçu soit lié positivement à la présence de symptômes d'ÉSPT.

Une sixième explication a trait à l'interprétation que la victime fait des comportements de soutien qu'elle reçoit. Selon le modèle d'Ehlers et Clark (2000), les réactions des proches de la victime après un ÉT peuvent avoir un impact positif ou négatif sur la détresse post-traumatique selon l'interprétation que la victime fait de leurs réactions. À titre d'exemple, une offre d'aide de la part d'un proche pourrait être interprétée par la victime comme quoi son entourage considère qu'elle n'est pas apte à gérer la situation par elle-même. Cette interprétation pourrait avoir un impact direct sur les symptômes d'ÉSPT ou sur les émotions ou les comportements de la victime, qui à leur tour, pourraient affecter négativement la symptomatologie. Ainsi, en accord avec ce modèle, la réception d'un soutien positif pourrait effectivement être associée à une augmentation de la symptomatologie post-traumatique.

Septièmement et en accord avec la proposition d'Ehlers et Clark (2000), l'*hypothèse de la menace à l'estime de soi*, formulée par Nadler et Fisher (1986) pourrait également apporter des éléments de réponses. Cette hypothèse suggère que de recevoir de l'aide engendre un coût à l'estime de soi puisque cette transaction de soutien met en relief les difficultés de la victime. Celle-ci peut alors se sentir inférieure aux autres, inadéquate, embarrassée et endettée par rapport à l'aide reçue ce qui pourrait nuire à son bien-être plutôt que de l'aider (Fisher, Nadler, & Whitcher-Alagna, 1982; Nadler & Fisher, 1986). Les policiers pourraient représenter une population particulièrement sensible à cette menace à l'estime de soi. Puisque les policiers affrontent des situations dangereuses et stressantes où les vies de collègues ou de citoyens dépendent d'eux, ils accorderaient beaucoup d'importance à présenter une image de contrôle et de fiabilité tant aux yeux de leurs collègues que des citoyens (Pogrebin & Poole, 1995). Ce groupe de travailleurs valoriseraient donc le fait d'être en contrôle des situations et de leurs émotions et de ne pas montrer de signes de faiblesse (Pogrebin & Poole, 1995; Reiser & Geiger, 1984). Les policiers pourraient ainsi facilement associer la réception de soutien social à un ternissement de leur image de contrôle et de fiabilité et leur estime de soi pourrait s'en trouver affectée.

En lien avec l'hypothèse de la menace à l'estime de soi, il convient de mentionner les travaux de Bolger, Zuckerman et Kessler (2000) qui viennent appuyer en quelque sorte cette hypothèse. Ces chercheurs ont proposé que le soutien reçu puisse davantage favoriser l'ajustement face à des événements stressants lorsque les comportements de soutien passent inaperçus aux yeux de l'aidé; un soutien qu'ils ont nommé *soutien invisible*. Selon Bolger et ses collaborateurs (2000), il existe deux formes de soutien invisible: 1) celui qui est accompli sans que l'aidé en ait conscience; et 2) celui qui est procuré alors que l'aidé en a conscience, mais qui est fourni avec suffisamment de subtilité qu'il n'est pas interprété comme du soutien. Un exemple de soutien invisible émotionnel pourrait consister à valider et normaliser le stress vécu par rapport à un ÉT tout en faisant remarquer à la victime comment d'autres personnes semblent encore moins bien gérer le même genre de situation. Un autre exemple serait que l'aidant contribue à la résolution d'un problème touchant la victime tout en permettant à celle-ci de s'approprier le succès d'y avoir trouvé une solution (soutien invisible tangible ou informationnel). Par conséquent, l'apport d'un soutien invisible produirait les bénéfices de recevoir du soutien, mais sans les coûts (p. ex., menace à l'estime de soi) rattachés à cette transaction, ce qui favoriserait l'adaptation. En accord avec leur hypothèse, ces chercheurs ont démontré que l'apport d'un soutien invisible auprès d'individus qui se préparaient à un examen du barreau favorise l'ajustement à ce stressor comparativement à l'apport d'un soutien visible. Le fait que le comportement de soutien passe inaperçu éviterait de diriger l'attention sur la détresse de l'aidé et sur ses doutes quant à ses compétences, minimisant les coûts pour elle de recevoir du soutien. Une seconde étude évaluant le soutien offert auprès de femmes devant prononcer un discours devant une audience (Bolger & Amarel, 2007) corrobore les résultats de Bolger et ses collaborateurs (2000) en démontrant également l'efficacité du soutien invisible. Selon cette étude, le soutien invisible (émotionnel et tangible) réduirait la réactivité émotionnelle chez les femmes qui ont reçu une telle forme de soutien alors que le soutien visible ou l'absence de soutien se seraient avérés inefficaces ou auraient même exacerbé leurs réactions émotionnelles. À la connaissance de l'auteure, il n'existe actuellement pas d'études évaluant l'impact du soutien invisible sur les symptômes post-traumatiques. Il serait pertinent d'étudier cette forme de soutien et de vérifier son efficacité auprès de victimes de trauma.

Une huitième hypothèse, documentée par Coyne, Wortman et Lehman (1988) pourrait expliquer la relation positive obtenue entre le soutien reçu et les symptômes d'ÉSPT. Il s'agit de l'*hypothèse du soutien inapproprié* qui propose qu'il arrive souvent que les efforts bien intentionnés des individus qui apportent le soutien se soldent en échec ou même exacerbent la détresse de la personne qui reçoit le soutien. En effet, les aidants ne possèdent pas toujours les ressources, les informations ou les compétences pour dispenser un soutien efficace. Il demeure plausible que les participants de l'étude, par exemple, aient reçu du soutien informationnel qu'ils ont indiqué comme étant fortement adéquat alors que les conseils fournis pouvaient s'avérer inappropriés. Plus précisément, les policiers ont pu se faire conseiller d'arrêter de penser à l'ÉT et de se distraire de leurs émotions et pensées négatives alors que cet évitement pourrait plutôt nuire au processus de rétablissement du trauma. En lien avec cette supposition, on peut aussi considérer la possibilité que les policiers aient reçu du soutien mais que celui-ci ne répondait pas nécessairement à leurs besoins. L'aide apportée pouvait, par exemple, ne pas se présenter au bon moment ou par la bonne personne ou ne pas correspondre aux types de soutien requis ou souhaités par les policiers. Enfin, il reste possible que la quantité de soutien reçu des participants puisse avoir été insuffisante ou excessive selon les circonstances.

Finalement, l'*effet presto* (Hobfoll & London, 1986) pourrait s'appliquer aux résultats de la présente recherche qui montrent un lien positif entre le soutien reçu et les symptômes d'ÉSPT. Hobfoll et London ont observé chez un groupe de femmes israéliennes, dont leurs proches significatifs se trouvaient mobilisés par les forces armées lors d'un conflit dans leur pays, que le soutien reçu par ces femmes était relié à une plus grande détresse psychologique. Les chercheurs ont attribué ce constat au fait que l'échange de soutien social dans un contexte de peurs et d'inquiétudes partagées pouvait exacerber les symptômes de détresse; un phénomène qu'ils ont nommé l'effet presto. Selon ces chercheurs, ces femmes se trouvaient dans un environnement où les rumeurs concernant la guerre se propageaient rapidement et où leurs relations avec leurs amies et familles faisaient en sorte qu'elles se trouvaient exposées aux chagrins des autres entraînant davantage de détresse psychologique. Dans le présent projet de recherche, la plupart des policiers ont vécu un ÉT dans lequel un ou plusieurs membres de leur équipe avaient aussi été impliqués. Conséquemment, les

échanges de soutien social ont pu se faire dans un contexte où les participants se trouvaient exposés aux réactions d'autres individus également affectés par l'événement, ce qui aurait pu augmenter leurs réactions post-traumatiques. En lien avec cette hypothèse, il est aussi envisageable que les policiers aient pu vivre des ÉT qui se sont mal déroulés ou qui ont provoqué des conséquences négatives, générant ainsi un sentiment d'échec pour l'équipe. Ainsi, les bienfaits généralement procurés par la cohésion, le sentiment d'appartenance et d'identification à l'équipe peuvent alors avoir généré, dans ces circonstances, des effets nuisibles plutôt qu'aidants pour le rétablissement post-traumatique. En effet, les interactions entre les policiers ont pu alors se faire dans un contexte où des images et des cognitions négatives par rapport à leur équipe prédominaient.

En conclusion, le grand nombre de phénomènes auxquels on peut attribuer les résultats d'une relation positive entre le soutien reçu (soutien positif) et les symptômes post-traumatiques témoignent du besoin d'étudier davantage le soutien reçu afin de mieux comprendre son fonctionnement et son lien avec la modulation des symptômes d'ÉSPT.

4.3 Implications cliniques des résultats

Le présent programme de recherche nous apporte des données qui peuvent avoir des implications au plan de la prévention primaire, secondaire et tertiaire ainsi que pour le dépistage et l'évaluation des policiers exposés à des ÉT dans le cadre de leur travail. L'auteure propose dans cette section des stratégies de prévention et d'intervention en lien avec le soutien social basées sur les résultats de la présente recherche, mais également sur des données d'autres études chez les policiers.

4.3.1 Prévention primaire

La prévention primaire vise à intervenir auprès de travailleurs à haut risque avant même que ceux-ci ne soient exposés à des ÉT en favorisant le déploiement de facteurs de protection et en diminuant les facteurs de risque dans leur environnement. Puisque les policiers s'avèrent être des travailleurs particulièrement à risque d'être exposés à des ÉT, la

mise en place d'un tel programme de prévention demeure de mise dans les organisations policières pour prévenir le développement d'ÉSPT (Martin, Germain, & Marchand, 2006). Les constats observés dans ce projet de recherche viennent s'ajouter à plusieurs autres études chez les policiers qui soulignent l'importance d'un soutien social satisfaisant et disponible dans la récupération des policiers à la suite d'un ÉT. Ainsi, la mise en place, au préalable, d'un réseau de soutien social adéquat tant au travail qu'en dehors du travail pourrait prévenir le développement de l'ÉSPT. Par ailleurs, cette composante liée au soutien social mérite d'être intégrée dans les programmes de prévention des organisations policières. À cet égard, Pollock, Paton, Smith et Violanti (2003) mentionnent qu'un climat de travail qui reconnaît et conçoit comme légitime l'expression des émotions compte parmi les facteurs qui favorisent la résilience individuelle et d'équipe après des événements stressants. Conséquemment, ces auteurs suggèrent que les programmes de formation du personnel à haut risque de vivre des ÉT (incluant la formation des superviseurs et gestionnaires) soient conçus de manière à favoriser le développement et le maintien d'un tel climat dans les équipes de travail.

4.3.2 Prévention secondaire

La plupart des individus exposés à un ÉT traversent deux phases: la phase d'impact immédiat et la phase aiguë (Marchand, Bousquet Des Groseilliers, & Brunet, 2006). La phase d'impact immédiat débute à partir du moment où la victime se sent enfin en sécurité et dure environ deux jours. Durant cette phase la personne n'est pas vraiment apte à bénéficier d'interventions thérapeutiques puisque toutes ses ressources physiologiques et psychologiques sont mises à contribution pour faire face à la situation. Néanmoins, il s'agit d'un moment privilégié pour apporter du soutien, mais de manière non interventionniste, c'est-à-dire en respectant la victime qui souhaite ne pas parler de l'événement et en adoptant une attitude d'acceptation et de validation (Marchand et al., 2006). Durant cette phase, les interventions doivent se limiter à tenter de répondre aux besoins de la personne en lui signifiant qu'elle n'est pas seule (soutien émotionnel) et que des ressources se trouvent à sa disposition (soutien informationnel et tangible). À cet effet, l'étude de Martin, Marchand, Boyer et Martin (2009) révèle qu'un niveau élevé de satisfaction du soutien des collègues pendant ou immédiatement après l'ÉT (phase d'impact immédiat) amène les policiers à être

moins susceptibles de développer un ÉSPT par la suite. De plus, les résultats de la présente thèse montrent que le soutien perçu et reçu tôt après l'événement (dans les deux premières semaines) s'avèrent particulièrement importants puisqu'ils prédisent les symptômes d'ÉSPT jusqu'à 3 mois après l'événement. Ainsi, la période débutant à partir du moment de l'événement et incluant les deux semaines suivantes paraît constituer une période sensible où le soutien social peut avoir un impact considérable sur la modulation des réactions post-traumatiques. Cette période sensible soulignée par les résultats de la présente thèse semble vouloir correspondre non seulement à la phase d'impact immédiat mais également à la phase aiguë qui débute quelque part dans le premier mois suivant l'ÉT. En somme, les résultats de l'étude de Martin et ses collaborateurs (2009) et de cette thèse soulignent l'importance d'exercer de la prévention secondaire auprès des policiers ayant récemment été impliqués dans un ÉT.

Au moment où la phase aiguë s'amorce, une intervention postimmédiate peut être offerte si jugée pertinente et nécessaire (Marchand et al., 2006). Le débriefing psychologique représente un type d'intervention postimmédiate. Cependant, le débat quant à l'efficacité du débriefing pour prévenir les séquelles psychologiques à long terme demeure controversé. Aussi, il semble qu'une seule séance de débriefing soit insuffisante pour la plupart des victimes (APA, 2004; Marchand et al., 2006). La thérapie cognitivo-comportementale brève et précoce qui nécessite un plus grand nombre de séances et implique davantage la victime dans le processus thérapeutique apparaît comme une alternative intéressante au débriefing en tant qu'intervention postimmédiate. Ce type de thérapie comporte diverses stratégies thérapeutiques dont: la transmission d'informations sur les réactions post-traumatiques; la favorisation de l'expression des émotions en lien avec le trauma dans un contexte soutenant et sécurisant; la restructuration des pensées irrationnelles et des interprétations inadéquates par rapport à l'ÉT; l'enseignement de stratégies efficaces de gestion du stress; et la réduction de l'évitement cognitif et comportementaux à l'aide de stratégies d'exposition (Martin, 2010). Étant donné l'impact que peut avoir le soutien social dans les premières semaines qui suivent l'expérience traumatique, il semble justifié durant la phase aiguë de favoriser la mise en place d'un soutien social approprié. À cette fin, les intervenants peuvent encourager les policiers ébranlés à la suite d'un ÉT à ne pas hésiter à se servir de leur réseau de soutien tant

au travail (collègues, supérieurs, recours au programme d'aide de l'organisation) qu'à l'extérieur du travail (conjoint, membres de la famille, amis). Du même coup, il paraît essentiel de sensibiliser l'entourage du policier affecté à offrir un soutien approprié. Pour ce faire, les intervenants peuvent fournir de l'information sur l'ÉSPT aux collègues, superviseurs et aux proches significatifs de la victime et les guider dans la manière d'apporter du soutien. Qui plus est, la présente étude montre de manière empirique que la présence d'ISN s'avère également un prédicteur des symptômes post-traumatiques chez les policiers. En conséquence, il serait indiqué d'introduire la notion d'ISN à l'entourage du policier afin d'éviter que les proches apportent un soutien davantage néfaste qu'aidant. On entend par ISN les comportements ou les attitudes de banalisation des réactions, de fermeture et d'évitement face à la victime ainsi que le fait de juger, critiquer ou blâmer la victime, ses réactions ou ses interventions. Il importe de souligner l'impact nuisible de tels comportements et attitudes sur la récupération des policiers. Ainsi, malgré souvent de bonnes intentions, l'entourage peut émettre des commentaires qui se révèlent dommageables et il devient pertinent de sensibiliser les proches et les collègues de la victime à l'impact potentiellement négatif de certaines interactions sociales.

4.3.3 Dépistage et évaluation

Puisque le soutien social apparaît comme un facteur de risque important, bien documenté, et associé au développement et à la modulation des symptômes de l'ÉSPT, les intervenants auprès des policiers ayant vécu un ÉT doivent demeurer vigilants par rapport aux individus qui semblent avoir un faible réseau de soutien. L'instrument de mesure du soutien social développé dans le cadre de ce programme de recherche, soit l'EPSS, pourrait servir à dépister les policiers à risque de développer un ÉSPT à la suite d'un ÉT. Également, l'outil pourrait permettre aux cliniciens, dans le cadre d'un suivi psychologique, d'évaluer s'il y a lieu d'intervenir au plan du soutien social chez leur client et si tel est le cas, de connaître spécifiquement quelles sont les lacunes du réseau de soutien afin d'être en mesure de cibler les interventions appropriées. À cet effet, l'EPSS présente plusieurs atouts dont celui de mesurer plusieurs dimensions du soutien social: le soutien reçu, le soutien perçu (adéquation et disponibilité) et les ISN. L'instrument tient compte également plusieurs types

de soutien (émotionnel, informationnel, tangible, d'estime, de camaraderie) qui sont évalués en prenant soin de distinguer les sources de provenance (les proches en dehors du travail, les confrères et les supérieurs au travail). Ainsi, l'EPSS couvre largement le construit du soutien social et offre au clinicien un portrait assez complet du soutien des clients vus en consultation et lui permet de mettre en relation les différentes dimensions mesurées. De plus, la manière dont le questionnaire a été conçu présente l'avantage de pouvoir le décomposer et de l'utiliser en totalité ou en partie selon les objectifs d'évaluation visés. Si seule l'évaluation de la disponibilité du soutien est requise, par exemple, il est possible de ne remplir que cette sous-échelle. Même chose pour les sources de soutien, si seul le soutien des proches significatifs nous intéresse, il est possible de remplir le questionnaire en ignorant les espaces alloués pour les autres sources de soutien. Finalement, le fait que l'instrument soit sous forme d'entrevue semi-structurée permet à l'intervenant de clarifier la compréhension des questions au besoin et de saisir des informations complémentaires lorsque le répondant ajoute des commentaires pertinents pour appuyer ses réponses.

4.3.4 Prévention tertiaire

Les résultats du programme de recherche viennent s'ajouter à de nombreuses études, tant chez diverses populations victimes de trauma que chez les policiers, qui démontrent que le soutien social constitue un facteur crucial pouvant faciliter le rétablissement post-traumatique. Il apparaît pertinent de suggérer aux cliniciens appelés à dispenser des interventions thérapeutiques auprès des policiers de bien évaluer (*voir* la section 4.3.3 Dépistage et évaluation) et de cibler si nécessaire, lors du processus d'intervention thérapeutique (p. ex., dans le cadre d'une thérapie cognitivo-comportementale), les dimensions du soutien social présentant des lacunes. Il est possible d'adresser les difficultés en lien avec le soutien social en intervenant directement auprès des policiers mais également en intervenant auprès de leurs proches significatifs. Selon Guay, Marchand et Billette (2006), les possibilités d'intervention pour améliorer le soutien social auprès de gens souffrant d'ÉSPT peuvent être conceptualisées selon un continuum allant de l'intervention individuelle (intervention auprès de la victime) à la thérapie familiale (intervention auprès des proches également). Le tableau C.1 (*voir* l'appendice C) tiré du livre « *Les troubles liés*

aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitement » (Guay & Marchand, 2006) proposent aux cliniciens des stratégies d'intervention pour améliorer le soutien social et qui ciblent, selon un continuum, la victime et/ou ses proches.

4.3.4.1 Interventions auprès de la victime pour l'amélioration du soutien social

La façon dont la victime interprète les réactions de son entourage peut avoir une incidence positive ou négative sur son rétablissement post-traumatique (Ehlers & Clark, 2000). À titre d'exemple, le fait que les proches évitent de parler de l'ÉT (en pensant bien faire) peut être interprété par la victime comme un manque d'intérêt de leur part ou qu'ils jugent qu'elle est en quelque sorte responsable de ce qui lui est arrivé ou de sa condition. Ces interprétations pourraient avoir comme répercussions de développer, maintenir et même exacerber les symptômes post-traumatiques chez la victime alors que les proches présentaient pourtant de bonnes intentions au départ. L'utilisation de stratégies de restructuration cognitive pour modifier les interprétations et les croyances erronées en lien avec les comportements de l'entourage paraît tout à fait indiquée dans ces circonstances. Chez les policiers, ces stratégies permettraient d'améliorer leurs perceptions par rapport à leurs proches et au soutien qu'ils reçoivent ou pourraient recevoir. Cependant, dans le cas où l'évaluation du soutien social révèle un réseau social déficient où peu de soutien semble disponible pour la victime, l'intervenant peut suggérer des ressources communautaires susceptibles de l'aider et l'encourager à en faire l'utilisation.

Le clinicien peut également intervenir auprès de la victime en l'encourageant à davantage interagir avec les membres positifs de son réseau social. Selon l'auteure de cette thèse, cette stratégie pourrait s'avérer particulièrement pertinente en ce qui a trait à l'utilisation du réseau social des policiers à l'extérieur de leur environnement de travail. En effet, la cohésion et la solidarité souvent observées à l'intérieur des groupes de policiers présentent plusieurs bienfaits mais peuvent également avoir des répercussions négatives si elles génèrent une mentalité de *nous contre eux* (Woody, 2005). Cette mentalité qui divise le monde en deux catégories (les policiers et les autres) pourrait fragiliser les liens affectifs existants avec les proches à l'extérieur du travail et favoriser la perception que seul d'autres

policiers peuvent véritablement comprendre leur situation et offrir des conseils judicieux. Un certain isolement chez les policiers pourrait découler de cette attitude et entraîner une réduction de la possibilité de recevoir du soutien de leurs proches. Ainsi, face à un policier qui présenterait cette tendance à catégoriser le monde de manière dichotomique (les policiers et les autres), l'intervenant pourrait l'aider à développer des stratégies pour mettre à l'épreuve certaines de ses croyances en allant tester la confiance, la compréhension et le soutien qu'il est possible de retirer de ses proches (à l'extérieur du travail). Une étude rétrospective auprès de policiers retraités (Pole, Kulkarni, Bernstein, & Kaufmann, 2006) ayant été exposés à plusieurs incidents critiques au cours de leur carrière vient appuyer cette recommandation. Cette étude révèle que d'avoir parlé avec des amis et membres de la famille de sujets reliés au travail et d'avoir évité d'utiliser la distanciation comme stratégie de « coping » comptent parmi les facteurs les plus importants qui caractérisent les policiers résilients. Les auteurs de cette étude suggèrent que parmi les interventions proposées par les organisations policières, l'offre de services de consultation en couple ou en famille pourrait s'avérer des plus pertinente afin d'aider les policiers à partager certains aspects de leur travail avec leurs proches significatifs.

L'auteure de cette thèse tient toutefois à souligner que le recours à l'utilisation du soutien social par les policiers peut être grandement entravé par le fait que certains ÉT conduisent à des enquêtes en vertu de la politique ministérielle. Puisque l'enquête peut susciter un stress important qui vient s'ajouter au stress de l'ÉT en soi, il demeure vraisemblable que les policiers sous enquête se trouvent à être ceux qui peuvent particulièrement avoir besoin de soutien social dans ces circonstances. Pourtant, paradoxalement, ils se trouvent probablement à être ceux, selon l'auteure de cette thèse, qui vont davantage s'en priver. En effet, les policiers sous enquête pourraient se soustraire de se prévaloir de toutes formes de soutien social par crainte de divulguer des informations qui pourraient leur être préjudiciables ou nuire à l'enquête en cours. Pourtant, dans bien des situations, il leur serait quand même possible d'utiliser leur réseau de soutien et d'en bénéficier mais pour cela les policiers sous enquête doivent d'abord être bien informés des limites quant à la confidentialité des différentes ressources disponibles afin d'être plus en confiance dans leurs démarches. Il importe pour les intervenants auprès des policiers et les

dirigeants des organisations policières d'être sensibilisés à cette question afin de mettre en place des stratégies et des procédures qui minimiseraient l'impact de ces enquêtes sur le recours des policiers à utiliser leur réseau de soutien tant au travail (collègues, supérieurs, programme d'aide) qu'à l'extérieur du travail.

4.4.4.2 Interventions auprès des proches pour l'amélioration du soutien social

Les pratiques qui visent à améliorer les capacités de soutien des proches des policiers devraient s'intégrer dans les programmes de gestion des risques des organisations policières (Paton, 2006). Les politiques facilitant le soutien des familles par le biais de groupes de soutien pour les familles des policiers et l'intégration des membres de la famille lors de la mise en place d'un plan de récupération sont des exemples de moyens suggérés (Paton, 2006). Selon l'auteure de cette thèse, des interventions auprès des proches des policiers affectés par un ÉT visant à améliorer leurs comportements de soutien apparaissent également indiquées pour contribuer à faciliter la récupération des policiers. Une étude réalisée auprès d'adultes souffrant d'ÉSPT chronique révèle que les patients qui rapportent un meilleur soutien social bénéficient davantage de leur traitement (restructuration cognitive et/ou exposition) (Trasher, Power, Morant, Marks, & Dalgleish, 2010). Ces chercheurs suggèrent que l'ajout d'un volet ciblant l'amélioration du soutien social provenant des proches à la psychothérapie pourrait en améliorer l'efficacité. Qui plus est, une étude auprès de vétérans de l'armée américaine souffrant d'ÉSPT indique qu'un meilleur soutien social émotionnel et informationnel est associé à une réponse supérieure au traitement d'exposition (Price, Gros, Strachan, Ruggiero, & Acierno, 2011). L'augmentation du sentiment de sécurité et de la volonté à entreprendre les exercices d'exposition, le renforcement des gains acquis au cours du traitement, et l'aide apportée pour surmonter l'émoussement émotionnel comptent parmi les facteurs, selon les auteurs de l'étude en question, qui peuvent expliquer la bonification du traitement via un meilleur soutien social. Par ailleurs, des études ont démontré l'impact positif sur les victimes souffrant d'ÉSPT de l'amélioration du soutien social offert par leurs proches significatifs dont leur conjoint plus particulièrement (Monson, Fredman, & Adair, 2008; Tarrier & Humphreys, 2003). Le fait d'impliquer le conjoint dans la thérapie, de travailler à améliorer ses habiletés de soutien et d'adresser les ISN à

l'intérieur de la dyade constituent des façons d'intervenir auprès des proches pour améliorer la qualité du soutien fourni à la victime (Billette, Guay, & Marchand, 2008; Guay, Billette, & Marchand, 2006). Le tableau D.1 (voir l'appendice D) tiré du livre « *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitement* » (Guay & Marchand, 2006) présente des conseils généraux sur les comportements de soutien à faire et ne pas faire qui s'adressent aux proches des individus en ÉSPT. Ces conseils devraient préférablement être transmis par un intervenant dans le cadre d'une séance de psychoéducation sur les caractéristiques de l'ÉSPT. Il mérite de souligner qu'une implication relativement minime du conjoint, soit à raison de 4 séances seulement, semble suffire à augmenter l'effet positif de la thérapie cognitivo-comportementale sur les symptômes post-traumatiques (Billette, Guay, & Marchand, 2008).

4.4 Considérations méthodologiques

4.4.1 Limites du programme de recherche

Il convient de mentionner certaines limites inhérentes à ce programme de recherche qui signalent d'interpréter les résultats avec prudence et retenue. D'abord, la faible sévérité des symptômes d'ÉSPT rapportés par les participants représente une limite quant à la généralisation des résultats à des populations présentant des réactions post-traumatiques plus intenses. Aussi, puisque l'échantillon est composé de policiers, un groupe de travailleurs possédant certaines caractéristiques, de l'expérience et une formation qui les distinguent, il demeure incertain que les résultats puissent s'appliquer à d'autres groupes de travailleurs à haut risque de vivre des expériences traumatiques. Également, la généralisation des résultats à l'ensemble des policiers travaillant dans les différents services de police au Québec doit être envisagée avec modération puisque la participation à cette étude se faisait sur une base volontaire. La possibilité que des policiers non-participants puissent présenter des caractéristiques différentes et une symptomatologie plus sévère doit être considérée. À titre d'exemple, les policiers dont leurs interventions faisaient l'objet d'une enquête en vertu de la politique ministérielle ont pu se sentir inconfortables de participer à l'étude et choisir de s'abstenir craignant que leur participation les conduise à divulguer des informations qui

pourraient leur être préjudiciables ou nuisent à l'enquête. Il paraît plausible que ces policiers sous enquête aient pu être davantage affectés par l'ÉT. Ainsi, la présence vraisemblable d'un biais d'auto-sélection limite la validité externe de l'étude. Qui plus est, le recrutement des policiers s'est déroulé à partir d'ÉT qui se sont produits à Montréal et ailleurs au Québec au cours de quatre années précises, soit de 2006 à 2010. Puisque pour chaque participant, l'étude portait sur un seul ÉT ayant eu lieu durant cette période, il convient de considérer que les ÉT analysés dans cette recherche n'étaient pas nécessairement les pires dans la carrière des participants. Il demeure donc probable que d'autres ÉT passés, à venir ou cumulés provoqueraient des réactions plus sévères chez les policiers. Les résultats auraient alors révélés un portrait différent, avec possiblement un taux moins conservateur de symptômes et de diagnostics d'ÉSPT. Par surcroît, la faible sévérité des symptômes post-traumatiques obtenue dans cette étude doit également être envisagée en tenant compte de la possibilité que les policiers aient sous-rapporté leur symptomatologie. En effet, la culture policière aurait pu inciter les policiers à éviter d'exposer leurs vulnérabilités. Il importe également de mentionner que le simple fait de participer à l'étude donc d'avoir pu parler de l'ÉT dans un climat soutenant et sécurisant ou possiblement d'avoir reçu des services d'aide via l'organisation policière (p.ex., débriefing psychologique, séances de consultation psychologique) aient pu affecter les mesures en soi, en réduisant, par exemple, l'intensité de la symptomatologie.

Par ailleurs, une autre limite concerne le fait que toutes les mesures de soutien social de l'étude sont des perceptions de la part des participants et peuvent donc présenter des biais puisque leurs réponses demeurent subjectives. On doit garder en tête qu'aucune des dimensions de soutien n'a été évaluée de manière objective, même le soutien reçu demeure une perception de la fréquence des comportements de soutien reçus. En dernier lieu, ce projet de recherche n'a pas recueilli de données sur le soutien social avant l'ÉT ce qui nous empêche de formuler des inférences causales. Or, les résultats de la recherche démontrent uniquement l'ampleur des relations des différentes dimensions du soutien social avec les symptômes d'ÉSPT. Le devis utilisé demeure donc de nature corrélationnelle et les relations constatées entre les variables peuvent toujours être interprétées dans les deux directions.

4.4.2 Forces du programme de recherche

Malgré les limites énoncées précédemment, le programme de recherche comporte plusieurs forces. D'abord cette étude constitue une des rares études prospectives et longitudinales auprès de la population policière. Elle a permis de dresser un portrait réparti sur une période d'un an quant à la prévalence de l'ÉSPT, la perception des policiers de leur soutien social en lien avec un ÉT spécifique et l'impact de ce soutien sur leur symptomatologie post-traumatique. De plus, rares sont les études chez les policiers qui ont évalué le soutien social d'une manière aussi extensive en incluant plusieurs dimensions du soutien, rarement mesurées conjointement, soit le soutien reçu, le soutien perçu (disponibilité et adéquation) ainsi que les ISN. Cette étude serait la première à démontrer empiriquement, chez la population policière, que les ISN sont associées positivement aux symptômes d'ÉSPT. Aussi, le construit du soutien social s'est trouvé largement couvert du fait que les questions tenaient compte de plusieurs types de soutien et provenant de plusieurs sources tant au travail qu'à l'extérieur du travail. Qui plus est, ce projet de recherche a permis le développement et la validation d'un nouvel instrument de mesure du soutien social adapté pour la population policière. Finalement, ce projet de recherche apporte des retombées pour les intervenants qui travaillent auprès des policiers. Ces derniers pourraient ainsi recourir aux recommandations formulées dans cette thèse concernant les interventions qui visent la prévention primaire, secondaire et tertiaire (*voir* la section 4.3) et ainsi valider, ajuster ou améliorer leurs pratiques cliniques. Ils pourraient également recourir à l'instrument développé et validé dans le cadre de cette recherche pour des fins d'évaluation et de dépistage (*voir* la section 4.3.3).

4.5 Pistes de recherche

À ce jour, il existe un grand nombre de recherches qui soulignent l'importance du soutien social pour la récupération des individus souffrant d'ÉSPT. Cependant, notre compréhension des mécanismes par lesquels le soutien social agit sur la modulation des symptômes post-traumatiques demeure encore très limitée. Les chercheurs devront poursuivre leurs études afin d'identifier quels sont les agents actifs derrière les multiples

facettes du soutien social qui favorisent la récupération des individus après des ÉT. À cet effet, l'auteure propose des recommandations quant aux avenues sur lesquelles les chercheurs devraient concentrer leurs efforts au cours des années à venir.

4.5.1 Déterminer les combinaisons optimales des multiples facettes du soutien social

Les résultats de l'analyse factorielle de l'EPSS présentés dans le premier article de cette thèse n'ont pas révélé de facteurs distincts pour les types et les sources de soutien. Ainsi, les données recueillies dans cette étude n'ont pas permis de raffiner les recherches à savoir quels types de soutien, provenant de quelles sources et offerts à quels moments représentent les combinaisons optimales d'aide pour favoriser le rétablissement des policiers à la suite d'un ÉT. Cependant, quelques études chez les policiers qui ont pris soin de séparer les mesures entre différentes sources de soutien apportent un éclairage discordant par rapport aux résultats de l'analyse factorielle de l'EPSS. En effet, des études soulignent une variation quant à l'impact du soutien social sur les symptômes post-traumatiques dépendamment de sa provenance. L'étude rétrospective de Martin et ses collaborateurs (2009) révèle qu'un plus haut degré de satisfaction du soutien reçu des confrères de travail pendant et immédiatement après un ÉT constitue un prédicteur de la modulation des réactions traumatiques des policiers alors que cela ne s'avère pas le cas pour le soutien du superviseur. Qui plus est, l'étude de Stephens et Long (1999) qui distingue aussi la provenance du soutien, démontre qu'une attitude d'ouverture chez les policiers face à l'expression des émotions au travail ainsi que le soutien des confrères de travail modèrent la relation positive entre le trauma et les symptômes d'ÉSPT. Le soutien provenant des supérieurs et des proches en dehors du travail n'ont pas démontré un tel effet modérateur. De ce fait, les résultats de l'analyse factorielle de l'EPSS doivent être interprétés avec réserve car quoique l'échantillon de cette recherche n'ait pas permis la distinction des sources et des types de soutien, cela n'exclut pas la possibilité qu'un autre échantillon puisse présenter une hétérogénéité entre ces variables. Les chercheurs dans le domaine doivent persister à étudier le soutien social en prenant soin de mesurer séparément les multiples dimensions du soutien afin d'identifier quels types de soutien provenant de quelles sources et dispensés à quels moments sont les plus aidants à la suite d'un trauma.

4.5.2 Étudier davantage et plus en profondeur le soutien reçu

Étant donné que ce programme de recherche mesurait deux dimensions rarement évaluées simultanément, soit le soutien reçu et perçu, il importe de souligner que les résultats obtenus tant au plan de l'analyse factorielle que des analyses de prédiction de l'ÉSPT confirment la divergence de ces deux dimensions. Les résultats obtenus viennent donc appuyer les recommandations de chercheurs dans le domaine (Dunkel-Schetter & Bennett, 1990; Wills & Shinar, 2000) qui préconisent que le soutien perçu et reçu soient davantage mesurés conjointement et qui mentionnent que les divergences observées entre ces deux dimensions méritent plus d'attention de la part de la communauté scientifique. Pourtant, chez les policiers, il semble y avoir peu d'études qui ont évalué le soutien reçu. Par ailleurs, certains modèles étiologiques qui tentent d'expliquer comment les symptômes post-traumatiques se développent, se maintiennent, s'exacerbent ou s'atténuent suggèrent que non seulement le soutien perçu mais également le soutien reçu puissent être des agents actifs de leur modèle (Ehlers & Clark, 2000; Joseph et al., 1997). Le soutien reçu, mesuré en termes de fréquence de comportements de soutien, sous-tend qu'une véritable interaction de soutien ait eu lieu (selon la perception du répondant) alors que le soutien perçu n'implique pas nécessairement qu'un soutien social ait été apporté. Puisque ces modèles supposent que de véritables interactions de soutien social ont lieu, le soutien reçu devrait donc être évalué si on veut être en mesure de valider empiriquement ces différents modèles.

Finalement, plusieurs modèles étiologiques de l'ÉSPT font ressortir l'importance du soutien émotionnel dans le rétablissement post-traumatique (Ehlers & Clark, 2000; Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989; Horowitz, 1986; Janoff-Bulman, 1992; Joseph et al., 1997). Le fait de parler de l'ÉT et d'exprimer les émotions qui y sont liées permettrait un processus d'intégration qui facilite le rétablissement de la victime. Cependant et tel que discuté précédemment (*voir* la section 4.2), il semble que la fréquence et le contenu de la communication lors des échanges de soutien et la façon dont la victime parle de l'ÉT puissent avoir un impact sur l'efficacité du soutien reçu. Ces observations font ressortir l'importance de mesurer plus en profondeur le soutien émotionnel reçu en lien avec un ÉT en incluant sa fréquence, son contenu et la manière de communiquer de la victime. À titre

d'exemple et extraites en partie ce qui est proposé dans l'étude de Davidson et Moss (2008), les questions pourraient évaluer à quelles fréquences les policiers parlent de différents contenus de communication tels que: 1) des émotions positives en lien avec l'ÉT (p. ex., sentiment d'être satisfait, apprécié, utile, compétent, efficace); 2) des émotions négatives en lien avec l'ÉT (p. ex., sentiment d'être coupable, responsable, impuissant, frustré, jugé, inquiet, découragé); 3) des réflexions sur les causes de l'ÉT (p. ex., exprimer pourquoi il ou elle a agi d'une certaine façon); et 4) des réflexions sur les conséquences de l'ÉT (p. ex., exprimer des conséquences sur des collègues, la communauté ou sur soi-même). Une catégorie additionnelle qui distingue les contenus purement descriptifs de l'ÉT pourrait être incluse (p. ex., décrire le déroulement de l'ÉT sans qu'il n'y ait de réflexions par rapport aux émotions, aux causes et aux conséquences). Ces différentes catégories permettent non seulement de mesurer le contenu de la communication mais révèlent du même coup la façon dont la victime parle de l'ÉT, c'est-à-dire si la victime parle de l'ÉT en ruminant ou de manière non émotionnelle; deux critères importants à considérer selon Ehlers et Clark (2000).

4.5.3 Utiliser plusieurs méthodes d'évaluation

La plupart des études chez les victimes de trauma utilisent des questionnaires autoadministrés pour évaluer le soutien social (Wills & Shinar, 2000). Malgré leurs qualités psychométriques satisfaisantes, ce genre d'outils présente l'inconvénient de ne mesurer que la perception du répondant. Une perception qui se trouve à être influencée par différents facteurs dont son état émotif et sa personnalité. Ainsi, lorsqu'on mesure le soutien reçu à l'aide d'un questionnaire autoadministré (ou d'une entrevue semi-structurée comme dans le cas de la présente recherche), on mesure la perception du répondant par rapport à la fréquence des comportements de soutien qu'il a reçu et non le soutien réellement reçu. Il existe actuellement des mesures d'observation de comportements de soutien tel que le *Système de codification des interactions de soutien* (Pash & Bradbury, 1998) qui permettent d'obtenir des mesures plus objectives des interactions de soutien. Lors d'interactions sociales de soutien, les observations directes des comportements tant de celui ou celle qui apporte le soutien que de la victime pourraient s'avérer très pratiques pour identifier quels

sont les attitudes et comportements qui s'avèrent efficaces ou au contraire nuisibles pour la victime.

De plus, des mesures quant à la perception du soutien social de celui ou celle qui dispense le soutien pourraient être utilisées conjointement aux questionnaires autoadministrés destinés à la victime. Ces mesures pourraient permettre de connaître la perception de la personne qui apporte le soutien quant à ses interactions avec la victime. La possible discordance entre ce qui est perçu de part et d'autre pourrait s'avérer instructif. Finalement, l'utilisation de méthodes qualitatives pourrait favoriser l'acquisition d'informations quant aux interactions de soutien difficilement observables par des approches quantitatives. Ce type de mesure pourrait permettre à des victimes, par exemple, d'exprimer leurs appréhensions lorsqu'elles parlent de l'ÉT, d'expliquer ce qui détermine qu'elles vont ou non se confier à tel ou tel autre proche ou encore, d'exprimer comment elles interprètent les comportements de soutien de leur entourage. L'obtention de données concernant les comportements de soutien que ce soit par observation, par un questionnaire autoadministré ou par une méthode qualitative pourraient contribuer à valider empiriquement certains concepts théoriques prometteurs comme le soutien invisible (Bolger et al., 2000) discuté précédemment (*voir* la section 4.2).

4.5.4 Étudier les facteurs qui influencent la mobilisation de l'entourage à apporter du soutien

Suite à un ÉT, le fait que la victime recevra ou non le soutien dont elle a besoin dépend de différents facteurs. Alors que certains facteurs peuvent dépendre des caractéristiques personnelles de la victime (p. ex., l'utilisation ou non de la recherche de soutien social comme stratégie de « coping »), d'autres pourraient plutôt être liés aux caractéristiques de l'entourage et leurs réactions à l'ÉT. Il importe que les chercheurs tentent d'identifier les facteurs qui influencent le degré de mobilisation de l'entourage à apporter du soutien aux victimes afin de favoriser l'apport d'un soutien adéquat. L'auteure propose ici quelques suggestions de variables à investiguer. D'abord, la capacité des proches à détecter et interpréter adéquatement les besoins de la victime. Chez les policiers, par exemple, les proches et les collègues pourraient sous-estimer le stress engendré par un ÉT et ainsi sous-

estimer l'aide à apporter soit: 1) parce que l'événement ait passé sous silence et n'éveille pas leur attention; 2) parce qu'ils estiment que les policiers ont l'habitude et l'expérience pour gérer ce type d'événement; ou 3) par manque d'habileté à détecter les signes de stress chez l'autre. À l'inverse, l'entourage pourrait surestimer le stress d'un policier à la suite d'un événement et devenir un irritant pour celui-ci en lui offrant trop de soutien ou en manifestant des inquiétudes inutiles à son égard. Aussi, un phénomène social comme la *diffusion de la responsabilité* (Darley & Latané, 1968) pourrait également limiter le soutien offert. À titre d'exemple, un proche significatif d'un policier pourrait assumer que l'organisation policière et les collègues de travail prennent en charge le soutien à apporter au policier à la suite d'un ÉT et suffisent pour combler l'ensemble des besoins de soutien alors qu'il en est autrement. Qui plus est, des variables comme le degré auquel les proches sont affectés émotionnellement ou se sentent menacés par l'événement ou par les réactions de la victime pourraient moduler la quantité et la qualité du soutien dispensé.

En dernier lieu, certaines cognitions, croyances et attributions de l'entourage en lien avec l'ÉT pourraient avoir un impact sur la motivation à fournir de l'aide à la victime. Les événements qui revêtent au sein de la population de l'impopularité, de l'ambiguïté quant à leur acceptabilité, de l'incompréhension ou qui n'apparaissent pas comme visiblement traumatisants inciteraient moins les gens à se mobiliser pour offrir du soutien et à avoir des réactions positives face aux victimes de tels événements (Charuvastra & Cloitre, 2008; Kaniasty & Norris, 1993; Punamaki, Komproe, Qouta, El-Masri, & de Jong, 2005). Ainsi, certains types d'ÉT pourraient inciter davantage l'entourage des policiers à offrir un soutien (p. ex., une opération de secours) comparativement à d'autres (p. ex., une opération anti-émeute sur des rassemblements d'individus où des opinions divisées de la population se confrontent sur un sujet d'actualité). Il est concevable que le faible niveau de soutien reçu rapporté par les policiers qui ont participé à la présente recherche puisse avoir été influencé par une ou plusieurs de ces composantes. Des études sont requises pour identifier et comprendre les éléments qui expliquent la motivation, la capacité et les habiletés de l'entourage à fournir de l'aide aux policiers suite à des ÉT.

4.5.5 Étudier les facteurs qui influencent les comportements de recherche de soutien

Selon Joseph et ses collaborateurs (1997), la recherche de soutien social dans l'environnement constitue une stratégie active de gestion du stress. Toutefois, le degré de mobilisation de la victime à rechercher du soutien dans son environnement à la suite d'un ÉT dépend de plusieurs facteurs. Il serait pertinent d'identifier quels sont ces facteurs qui entrent alors en jeu afin de mieux intervenir pour favoriser l'utilisation de cette stratégie lorsque nécessaire. L'étude de ces composantes paraît particulièrement importante chez la population policière puisque ce groupe de travailleurs se montreraient souvent réticents à aller chercher de l'aide auprès de leur organisation (Levenson & Dwyer, 2003; Miller, 1995; Paton, 1997). Une des explications serait que pour les policiers, rechercher de l'aide est considéré comme un signe de faiblesse et une admission de son incompetence à gérer la situation et pour eux, toute indication de fragilité peut représenter une menace pour leur image et leur carrière (Miller, 1995). Également, il semble que certaines cognitions que la victime entretient à la suite du trauma puissent favoriser ou non la recherche de soutien social. Plus les victimes se blâment personnellement pour leurs actions, plus elles se retireraient socialement et, conséquemment, feraient moins appel à leur entourage pour gérer leur détresse (Brewin, MacCarthy, & Furnham, 1989). Les policiers seraient particulièrement enclins à faire ce type d'attribution et à vivre ce que des auteurs nomment de la *culpabilité de performance* à la suite d'interventions à haut risque (Duckworth, 1986; MacLeod & Paton, 1999). En effet, les policiers approcheraient les tâches dangereuses et risquées avec des attentes élevées quant à leur performance et développeraient de la culpabilité lorsque leur niveau de performance ne répond pas à leurs attentes. Ainsi, la manière dont les policiers évaluent leurs interventions peut entraîner des émotions comme de la culpabilité qui par conséquent, pourrait nuire à l'utilisation de la recherche de soutien social comme stratégie de « coping » à la suite d'un ÉT.

Par ailleurs, l'évaluation que fait la victime quant à l'efficacité du soutien social comme moyen pour l'aider à gérer son stress semble être un facteur à considérer. Chez des victimes d'accidents de véhicules, concevoir le soutien social comme inapproprié, inutile ou dangereux représenteraient des variables médiatrices de la relation entre le soutien social et

les symptômes d'ÉSPT (Clapp & Beck, 2009). Enfin, les attitudes des victimes par rapport à la recherche de soutien social et l'acceptation d'aide apparaissent comme des variables pertinentes à investiguer. Chez les policiers, ces attitudes pourraient être influencées par des caractéristiques liées au fait qu'ils pratiquent un métier de relation d'aide. Les policiers sont habitués d'être ceux qui soutiennent les autres, trouvent les solutions et demeurent en contrôle dans les situations difficiles et ils auraient tendance à croire qu'ils sont remplis de ressources, puissants et capables de faire face à toute éventualité (MacLeod & Paton, 1999). Il demeure alors possible que ces caractéristiques amènent les policiers à se sentir inconfortables à rechercher du soutien et à se retrouver dans le rôle de l'aidé plutôt que de l'aidant. Étant donné la réticence des policiers à faire appel aux ressources de leur organisation pour les aider (Levenson & Dwyer, 2003; Miller, 1995; Paton, 1997) et le faible niveau de soutien social reçu rapporté dans cette thèse, il convient de recommander que la communauté scientifique travaille à étudier les facteurs qui contribuent ou nuisent aux policiers dans leur recherche de soutien dans leur environnement.

4.5.6 Évaluer l'impact de l'ÉSPT sur le soutien social

La direction de la relation entre le soutien social et l'ÉSPT semble varier dépendamment du temps écoulé depuis l'ÉT. Kaniasty et Norris (2008) ont étudié sur une période de 24 mois la relation entre le soutien social perçu et les symptômes d'ÉSPT auprès de victimes d'un désastre naturel. Leurs analyses d'équations structurelles démontrent qu'entre 6 et 12 mois après l'ÉT, un faible niveau de soutien perçu serait un facteur de risque à une sévérité accrue de symptômes d'ÉSPT. Cependant, dans une phase ultérieure (entre 18 et 24 mois), il semble que ce soit la sévérité des symptômes post-traumatiques qui contribue à diminuer le niveau de soutien perçu. Également, une étude auprès de vétérans de la guerre du Golfe (King, Taft, King, Hammond, & Stone, 2006) qui ont été évalués après environ 2 ans (Temps 1) et 7 ans (Temps 2) à la suite de l'exposition à la zone de guerre révèle des conclusions similaires. Les résultats de cette étude indiquent une relation négative entre l'ÉSPT au Temps 1 et le soutien social perçu au Temps 2 alors que le soutien social perçu au Temps 1 ne prédit pas l'ÉSPT au Temps 2. Leurs résultats suggèrent que les difficultés interpersonnelles engendrées par l'ÉSPT pourraient être préjudiciables sur la qualité et la

quantité des ressources de soutien disponibles à plus long terme. En effet, il semble justifié de penser que plusieurs symptômes d'ÉSPT comme le sentiment de détachement d'autrui, la restriction des affects, l'évitement des conversations associées au trauma, l'irritabilité et les accès de colère peuvent affecter la qualité des relations interpersonnelles des victimes. L'ÉSPT pourrait ainsi devenir un facteur de risque à l'augmentation d'ISN ou à la diminution de soutien social positif à mesure que le trouble se chronicise. Plus d'études longitudinales sont requises afin de mieux comprendre les directions des relations entre l'ÉSPT et le soutien social au fil du temps.

4.5.7 Investiguer les relations entre le soutien social et l'ÉSPT selon le sexe de la victime

Des études auprès de populations diverses semblent présenter une différence entre les hommes et les femmes quant à l'effet du soutien social sur leur santé psychologique. Alors que les hommes et les femmes percevaient des niveaux équivalents de soutien social, la santé psychologique des femmes serait davantage associée au soutien social que celle des hommes (Flaherty & Richman, 1989). De plus, les femmes seraient plus susceptibles que les hommes à rechercher du soutien social dans les moments de stress, d'en recevoir et d'en être satisfaites (Belle, 1987). On peut se demander si les différences observées entre les hommes et les femmes quant au soutien social s'appliquent à la population policière. Il est possible que les femmes policières présentent un portrait différent des femmes dans la population générale en ce qui a trait au soutien social, comme ça semble être le cas pour ce qui est de leur vulnérabilité à développer des symptômes d'ÉSPT. En effet, une étude qui a comparé deux groupes de femmes, soit 157 femmes policières et 124 femmes dans la population générale, conclut que malgré que les femmes policières soient davantage exposées à des actes de violence, elles ont rapporté de manière significative des symptômes post-traumatiques moins sévères que l'autre groupe de femmes (Lilly, Pole, Best, Metzler, & Marmar, 2009). Aussi, alors que les femmes dans la population générale seraient plus vulnérables que les hommes au développement d'un ÉSPT, et ce même en contrôlant pour le type de trauma vécu (Breslau, Chilcoat, Kessler, & Davis, 1999; Kessler et al., 1995); les études auprès de la population policière ne révèlent pas cette différence (Darensburg et al., 2006; Pole et al., 2001). Ainsi les femmes policières paraissent se différencier des femmes de

la population générale quant à leur vulnérabilité à développer un ÉSPT. Dès lors, il paraît pertinent que les recherches futures explorent si les perceptions du soutien social et son impact sur l'ÉSPT diffèrent selon le sexe des policiers.

4.5.8 Utiliser une terminologie commune

Parmi les études recensées qui explorent les liens entre le soutien social et l'ÉSPT, il ressort que les types de mesures du soutien social varient grandement d'une étude à l'autre. Cependant, malgré que chaque étude évalue des dimensions bien distinctes du soutien social, les résultats se trouvent souvent rapportés sous l'appellation globale de « soutien social ». Ce manque de spécificité complique la recension des écrits et peut induire en erreur le lecteur quant aux conclusions à extraire. Étant donné que l'étude du soutien social s'avère déjà un défi en soi dû à la complexité même de ce construit multidimensionnel, il paraît essentiel que les chercheurs opérationnalisent mieux leurs variables liées au soutien social et utilisent une terminologie commune lorsqu'ils s'y réfèrent. À titre d'exemple, des auteurs mentionnent souvent un « manque » de soutien social comme prédicteur de l'ÉSPT alors que ce dont chacun fait référence semble fort différent. En effet, certaines de ces recherches mesurent le nombre d'individus de leur réseau de soutien, d'autres évaluent le soutien reçu (mesuré en termes de fréquence), d'autres le niveau de satisfaction ou encore le niveau de disponibilité du soutien. Par conséquent, la signification des résultats ne veut pas nécessairement dire la même chose et il devient alors important de spécifier ce qu'on entend par un « manque » de soutien social. S'agit-il d'un manque d'interactions sociales? D'un faible niveau de disponibilité des ressources de soutien? En fait, le mot « manque » sous-entend que l'individu perçoit qu'il avait davantage besoin de soutien que ce qu'il a reçu, ce qui devrait en principe, selon l'auteure de cette thèse, correspondre à la mesure de la perception d'adéquation du soutien, telle qu'évaluée dans ce projet de recherche. Pourtant, les études qui mesurent le soutien social en termes d'adéquation perçue semblent plutôt rares.

Également, des études utilisent souvent des expressions comme « les individus qui reçoivent peu de soutien social » ou « les individus qui ont davantage de soutien social » comme s'il s'agissait de mesures de soutien reçu impliquant que des transactions de soutien

social ont eu lieu à proprement dit. Toutefois, lorsqu'on examine leurs outils d'évaluation, on constate qu'il s'agit souvent de la perception de la disponibilité du soutien social. Le niveau de disponibilité du soutien social n'implique pas nécessairement qu'il y ait eu une transaction de soutien comparativement à des questionnaires qui évaluent le soutien reçu selon la fréquence des comportements de soutien. Il s'agit ici d'un autre exemple qui illustre comment certains résultats rapportés peuvent porter à confusion. En somme, il serait recommandé que les chercheurs dans le domaine du soutien social opérationnalisent clairement les concepts qu'ils veulent mesurer et établissent un consensus concernant la terminologie à utiliser pour rapporter leurs résultats.

4.6 Transfert des connaissances

Afin de favoriser la dissémination des résultats de ce programme de recherche auprès de la communauté scientifique et des gens intéressés, les articles présentés aux chapitres II et III de cette thèse sont soumis à des revues scientifiques dans le but d'être publiés. Les résultats seront également présentés dans le cadre de congrès scientifiques portant sur la psychologie, l'ÉSPT ou la santé psychologique au travail. De plus, des présentations pourraient être organisées avec des psychologues qui travaillent auprès des policiers afin de leur communiquer les résultats de cette étude empirique concernant l'importance du soutien social pour la récupération des policiers après un ÉT et comment les connaissances acquises avec cette recherche pourraient s'intégrer dans leur pratique. Finalement, les résultats pourraient également faire l'objet de présentations auprès des dirigeants et délégués de services de police comme par exemple dans le cadre de l'Assemblée générale annuelle de la Fédération des policiers et policières municipaux du Québec (FPMQ) et de réunions des membres du comité paritaire du SPVM.

4.7 Conclusion générale

En conclusion, les résultats de ce programme de recherche confirment les résultats rapportés dans d'autres études chez les policiers quant au faible taux d'ÉSPT obtenu ainsi qu'à l'importance de la perception d'un soutien disponible et adéquat pour favoriser leur

rétablissement à la suite d'un ÉT. Par surcroît, cette recherche vient ajouter aux connaissances actuelles en démontrant, auprès des policiers, que les ISN sont également associées à la symptomatologie post-traumatique et peuvent constituer un facteur potentiellement nuisible à leur récupération. L'aspect prospectif et longitudinal de cette étude souligne l'importance du soutien social perçu et reçu tôt après l'ÉT. En effet, tant les ISN que le soutien positif (perçu et reçu) dans les deux premières semaines après l'événement prédisent les symptômes post-traumatiques à moyen terme, jusqu'à trois mois plus tard dans le cas du soutien positif. Toutefois, dans le cas du soutien reçu, le fait qu'il soit associé positivement à la symptomatologie plutôt que négativement génère un certain questionnement et vient suggérer à la communauté scientifique de prêter davantage attention à cette dimension qui se trouve pourtant plus rarement évaluée. Qui plus est, les résultats de cette thèse font ressortir l'importance d'instaurer des interventions préventives qui adressent les aspects reliés au soutien social afin d'aider à prévenir le développement et le maintien de l'ÉSPT chez les policiers, un groupe de travailleurs particulièrement à risque de vivre des ÉT. Dans cette même optique de prévention, cette étude a également démontré des qualités psychométriques satisfaisantes d'un nouvel instrument pour mesurer le soutien social auprès des policiers, un outil qui pourrait s'avérer utile pour des fins de dépistage et d'évaluation mais également pour des fins de recherche. Il importe néanmoins de rappeler que les résultats de ce projet de recherche doivent être interprétés avec réserve, c'est-à-dire en tenant compte de ses limites concernant la généralisation de ses résultats à d'autres populations et à l'ensemble de la population policière et la nature corrélationnelle de son devis.

APPENDICE A
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET DE
L'ÉTAT DE STRESS AIGU

■ Critères diagnostiques du F43.1 [309.81] Trouble État de Stress post-traumatique

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- (1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
- (2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. **N.-B.** : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- (1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. **N.-B.** : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme
- (2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. **N.-B.** : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable
- (3) impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). **N.-B.** : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir
- (4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause
- (5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause

C. Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

- (1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme
- (2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme

(suite)

□ **Critères diagnostiques du F43.1 [309.81] Trouble État de Stress post-traumatique** *(suite)*

- (3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
 - (4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
 - (5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
 - (6) restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres)
 - (7) sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie)
- D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neuro-végétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :
- (1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
 - (2) irritabilité ou accès de colère
 - (3) difficultés de concentration
 - (4) hypervigilance
 - (5) réaction de sursaut exagérée
- E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.
- F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

■ Critères diagnostiques du F43.0 [308.3] Trouble État de Stress aigu

- A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
- (1) le sujet a vécu, été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
 - (2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. **N.-B.** : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations
- B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :
- (1) un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle
 - (2) une réduction de la conscience de son environnement (par ex. « être dans le brouillard »)
 - (3) une impression de déréalisation
 - (4) de dépersonnalisation
 - (5) une amnésie dissociative (i.e. incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme)
- C. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.
- D. Évitement persistant des stimulus qui éveillent la mémoire du traumatisme (p. ex., pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).
- E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neuro-végétative (p. ex., difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).
- F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.

(suite)

□ Critères diagnostiques du F43.0 [308.3] Trouble État de Stress aigu (suite)

- G. La perturbation dure un minimum de 2 jours et un maximum de 4 semaines et survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatique.
- H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un Trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.

APPENDICE B
ACCUSÉS DE RÉCEPTION DES ÉDITEURS DES REVUES SCIENTIFIQUES



Le 27 novembre 2012

Céline Nadeau

Au nom du Comité de rédaction de la Revue québécoise de psychologie, nous accusons réception de votre article intitulé : «Conception et validation d'un instrument de mesure du soutien social auprès des policiers».

Le comité de lecture (composé de trois évaluateurs) prendra connaissance de votre manuscrit et, dans les meilleurs délais, nous vous ferons parvenir ses commentaires ainsi que la décision du comité de rédaction.

En vous remerciant de votre intérêt pour notre *Revue*, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Colette Jourdan-Ionescu,
directrice

Dear Dr. Nadeau-

We are in receipt of your manuscript titled Social Support and PTSD Among Police Officers: A Longitudinal Study. You should receive some notice of the status of your manuscript within 60 to 90 days. During this period you should not submit your manuscript to another journal.

Your manuscript number is 2012-0158. To receive an e-mail detailing the history of your manuscript visit the link below and enter your lastname as username and your manuscript number as password.

If your manuscript is accepted for publication, you will be required to transfer your copyright to APA, provide full disclosure of any conflict of interest, and certify compliance with APA ethical principles. Also, please read the APA's Open Letter to Authors located at <http://www.jbo.com/jbo3/OpenLetterToAuthors.doc>.

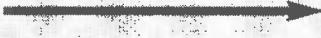
Sincerely,

Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Practice Editorial Office

APPENDICE C
TABLEAU SUR LES STRATÉGIES D'INTERVENTION LIÉES AU SOUTIEN SOCIAL

TABLEAU 14.2

Cible d'intervention, objectifs et stratégies pouvant améliorer le soutien social d'un individu en ESPT

Cible	Objectifs	Stratégies
Proches	Changer les cognitions des proches	Utiliser des techniques de correction cognitive pour modifier les interprétations ou croyances dysfonctionnelles (minimisation des besoins, dévalorisation, croire que rien ne peut être fait, etc.) qui interfèrent avec le soutien social donné et reçu.
	Dispenser du soutien aux proches	Fournir du soutien émotionnel aux membres du réseau naturel pour les aider dans leurs efforts pour soutenir les autres membres du réseau et la victime.
	Favoriser la compréhension des proches	Fournir un programme psychoéducatif sur l'ESPT, les difficultés auxquelles doit faire face la victime et ses proches, et le traitement en cours.
	Améliorer les interactions des proches avec la victime	Modéliser, rehausser et fournir du feed-back positif sur les habiletés comportementales liées à l'émission et à la réception de soutien social.
	Renforcer les liens avec les membres positifs du réseau	Encourager et faciliter les interactions avec les membres positifs du réseau social de la victime.
Victime	Changer les cognitions de la victime	Utiliser des techniques de correction cognitive pour modifier les interprétations ou croyances dysfonctionnelles qui nuisent à son rétablissement

APPENDICE D
TABLEAU DES CONSEILS GÉNÉRAUX SUR LES COMPORTEMENTS DE SOUTIEN

**TABEAU 14.1 Conseils généraux pouvant être dispensés aux proches
(tiré de Guay, 2005)**

Ce que les proches peuvent faire pour aider l'individu en ÉSPT

- Se montrer empathique à la détresse vécue
- Considérer la personne telle qu'elle est et l'aider à se définir autrement que par son ÉSPT
- L'encourager à chercher de l'aide professionnelle au besoin
- Promouvoir des changements positifs tels que s'exposer graduellement aux stimuli phobogènes
- S'informer sur les caractéristiques de l'ÉSPT, son évolution et les traitements appropriés
- Reconnaître et renforcer le moindre progrès, aussi petit soit-il
- Évaluer un progrès selon la situation de l'individu et non selon un standard absolu (p. ex., absence de symptômes)
- Diminuer les attentes durant les périodes de stress
- Être flexible et essayer de maintenir un fonctionnement normal
- Se donner le droit à l'occasion de se sentir impuissant et frustré

Ce que les proches devraient éviter de faire

- Blâmer l'individu anxieux ou eux-mêmes pour le trouble
- Critiquer la victime pour sa façon de gérer ses difficultés
- Minimiser l'importance des malaises psychologiques et physiques
- Exiger de l'individu anxieux des choses qu'il a peur de faire
- Inciter la victime à éviter ou fuir une situation
- Organiser leur vie uniquement en fonction de l'ÉSPT
- Prendre la responsabilité de la « guérison » de l'ÉSPT
- Abandonner les efforts pour aider la victime à s'en sortir

APPENDICE E
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS DE L'ÉTUDE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Madame, Monsieur,

Vous nous avez contacté pour participer à un projet de recherche portant sur l'impact d'un événement stressant chez les policiers et policières. Ce projet est dirigé par monsieur André Marchand, Ph. D., professeur à l'Université du Québec à Montréal.

Avant de signer ce formulaire de consentement, il est important que vous lisiez attentivement les informations suivantes et que vous posiez toutes les questions nécessaires dans le but de bien comprendre les implications de votre participation.

L'objectif de la recherche

L'objectif de cette recherche consiste à évaluer chez les policiers les facteurs de risque qui augmentent leur vulnérabilité à développer des réactions de stress post-traumatiques ainsi que les facteurs de protection qui facilitent leur adaptation suite à un ou des incidents critiques.

Les tâches à accomplir

Votre collaboration à cette étude comprend quatre entrevues espacées sur une période de 12 mois. La première entrevue a lieu entre 5 à 15 jours après l'événement, la deuxième après 1 mois, la troisième après 3 mois et la dernière entrevue aura lieu 12 mois après l'événement. Lors de chaque entrevue, des questions vous seront posées concernant les caractéristiques de l'événement, vos réactions à cet événement ainsi que le soutien et les soins médicaux et paramédicaux reçus suite à l'événement. Après chaque entrevue, on vous remettra des questionnaires qui devront être remplis à domicile afin d'obtenir d'autres informations nécessaires à cette recherche.

Avantages et inconvénients

Il n'y a pas de risques prévisibles à participer à cette étude. Il est possible, cependant, que dans certains cas le fait de parler des informations reliées à l'incident suscite certains malaises ou émotions désagréables. En ce sens, des moyens seront mis en place afin que vous vous sentiez supporté lors des rencontres: la professionnelle de recherche saura entretenir un climat d'acceptation et de respect. Vous pouvez, à tout moment, arrêter la séance, vous reposer, poser des questions et exprimer vos inquiétudes.

Quant aux avantages, votre participation à cette recherche permettra d'identifier et de mettre sur pied des stratégies pour diminuer les facteurs de risque et pour favoriser les facteurs de protection lors de la formation des officiers de police et lors de leur quart de travail. En plus, en participant à cette étude, vous aidez à faire des progrès au niveau des connaissances dans le domaine du stress.

Confidentialité

Un soin tout particulier sera accordé à la confidentialité et à l'anonymat des données recueillies au cours de la recherche. Seuls les chercheurs auront accès à ces données. Un code numérique sera toujours employé à la place de votre nom rendant ainsi toute identification impossible. Les questionnaires seront codés et gardés dans un classeur sous clé. Seule la partie de l'entrevue portant sur l'évaluation de certains symptômes sera enregistrée. Encore une fois, l'enregistrement sera identifié par un code numérique. À la fin de la recherche, les questionnaires et les enregistrements seront détruits.

Retrait de l'étude

Les responsables de la recherche peuvent interrompre, sans votre consentement, votre participation à cette étude, pour les raisons suivantes: a) ils estiment que votre état physique ou psychologique nécessite un autre suivi plus approprié; b) vous refusez de suivre les consignes de l'étude.

Enfin et bien sûr, vous êtes tout à fait libre de participer à cette recherche, vous pouvez vous en désister à tout moment et ce, sans aucun préjudice. Le présent formulaire de consentement a été soumis et accepté par le Comité de Déontologie de l'UQAM. Vous recevrez une copie de ce formulaire.

Dispositions générales

Durant l'étude, si nous nous apercevons que vous êtes en détresse ou que votre état psychologique se détériore, des moyens seront pris pour vous offrir les ressources disponibles pour vous aider.

De plus, si vous avez besoin de renseignements supplémentaires ou si vous vous inquiétez à propos de certaines réactions ou certains malaises, veuillez communiquer durant le jour avec le responsable du projet, M. André Marchand, au 987-3000, poste 8439.

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Je, _____ certifie avoir lu attentivement les informations contenues dans ce formulaire de consentement.

Je comprends les implications de ma participation à la recherche portant sur l'impact d'un événement stressant chez les policiers et policières et j'accepte de participer à cette étude.

Signature du participant: _____ Date: _____

Signature du responsable: _____ Date: _____

APPENDICE F
ENTREVUE ET QUESTIONNAIRES (TEMPS 1)

ÉTUDE PROSPECTIVE

Entrevue pour policiers et policières au

Temps 1 : de 5 à 15 jours après l'événement

Code confidentiel : _____

Date de l'entrevue : _____

Nom de l'évaluateur : _____

*Nombre de jours écoulés entre l'événement
et l'entrevue : _____ jours*

A participé à l'étude rétrospective (volet 1) : Oui () Non ()

VÉRIFICATION DES CRITÈRES A1 ET A2

L'entrevue d'aujourd'hui va porter sur l'événement que vous venez de vivre récemment alors que vous étiez en service. Pouvez-vous me décrire l'événement et comment vous l'avez vécu : *(Écrire tous les détails de l'événement au verso et compléter la fiche ci-dessous pour connaître si les Cx A1 et A2 sont remplis).*

Présence ou menace de mort, de blessures graves ou à l'intégrité physique:

Menace de mort NON OUI vous-même ___ un autre ___

Témoin de mort NON OUI

Présence de blessure grave ou intégrité physique affectée NON OUI vous-même ___ un autre ___

Menace de blessure grave ou menace à l'intégrité physique NON OUI vous-même ___ un autre ___

Émotions ressenties pendant et après l'événement :

Impuissance NON OUI pendant ___ après ___

Horreur NON OUI pendant ___ après ___

Peur intense NON OUI pendant ___ après ___

Colère NON OUI pendant ___ après ___

Honte NON OUI pendant ___ après ___

Culpabilité NON OUI pendant ___ après ___

Effroi : Étiez-vous stupéfait ou en état de choc au point de ne rien ressentir ? Avez-vous vécu, pendant un moment, une absence complète d'émotions ? Étiez-vous dans l'impossibilité de penser ou sinon à court de mots ? Aviez-vous l'impression d'être figé ? NON OUI

ENTREVUE SUR LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉVÉNEMENT

Brève description de l'événement (à composer après l'entrevue):

Instructions à l'évaluateur en italique :

Si dans une phrase, des mots sont en gras ou souligné, mettre l'accent sur ceux-ci.

Écrire toute autre information pertinente à l'évaluation sur cette feuille même s'il n'y a pas de question qui demande cette information.

Maintenant je vais vous poser quelques questions précises concernant l'événement.

1. Quand est-ce que l'événement a eu lieu?

Date précise de l'événement (JJ/MM/AAAA): _____

Période de la journée

() Jour (6h00 a.m. – 5h00 p.m.)

() Soir (6h00 p.m. – 11h00 p.m.)

() Nuit (12h00 a.m. – 5h00 a.m.)

2. Selon vous, combien de temps a duré l'événement? _____

Fiez-vous à la durée de la menace à la vie (cxA1) ou durée des émotions (cxA2).

3. Dans quel secteur (poste de quartier - PDQ) s'est passé l'événement ?

Numéro du PDQ : _____

4. Indiquez l'énoncé qui s'applique :

() Il (elle) a été **impliqué(e) directement** dans l'événement ou il (elle) a été **témoin direct** de l'événement

(témoin direct : par ex. il (elle) était sur les lieux, il (elle) a vu ce qui s'est passé mais n'a pas pris part à l'événement)

() Il (elle) a été **témoin indirect** de l'événement (par ex. quelqu'un lui a parlé de ce qui s'est passé)

5. Avez-vous perçu () subi () ou été témoin () de **menaces** pendant l'événement?

- () Oui, par un individu perçu () subi () été témoin ()
 () Oui, par plusieurs individus perçu () subi () été témoin ()
 () Oui, menace de l'environnement (désastre, sinistre) perçu () subi () été témoin ()

Spécifiez :

5.1. Indiquez le(s) type(s) de menace :

- () menace de mort perçu () subi () été témoin ()
 () menace de blessure perçu () subi () été témoin ()
 () menacé avec une arme

5.1.1 Indiquez le(s) type(s) d'arme(s) que l'individu a utilisé :

- () arme à feu perçu () subi () été témoin ()
 () arme blanche (couteau, machette, hache...) perçu () subi () été témoin ()
 () autre type d'arme (spécifiez) : _____ perçu () subi () été témoin ()
 () je n'ai pas vu l'arme perçu () subi () été témoin ()

() autre menace(spécifiez) : perçu () subi () été témoin () _____

() Non

6. Avez-vous subi () ou été témoin () d'**agression verbale** (crier des injures, insultes) pendant l'événement ?

Évaluateur : Dans le doute, demander des exemples, p.ex. : demander au policier de décrire ce qui a été dit.

- () Oui, par un individu subi () été témoin ()
 () Oui, par plusieurs individus subi () été témoin ()

Spécifiez l'agression verbale : _____

() Non

7. Avez-vous subi () ou été témoin () d'**agression physique** pendant l'événement?

- () Oui, par un individu subi () été témoin ()
 () Oui, par plusieurs individus subi () été témoin ()

7.1. Indiquez le(s) type(s) d'agression physique :

- () tiré des coups de fusil subi () été témoin ()
 () frappé avec les mains (p. ex. donner un coup de poing) ou les pieds subi () été témoin ()
 () frappé avec une arme subi () été témoin ()
 () frappé avec un objet (spécifiez l'objet) : _____ subi () été témoin ()
 () poussé subi () été témoin ()
 () autre (spécifiez) : _____ subi () été témoin ()

() Non

8. Avez-vous *subi* des **douleurs ou des blessures physiques** suite à l'événement?

☐ Oui

8.1. S'agit-il de douleurs ou blessures suite à une agression physique qui a eu lieu pendant l'événement :

☐ Oui

☐ Non

8.2. Spécifiez s'il s'agit soit de douleurs ET/OU de blessures et leur nature :

8.3. Spécifiez la **sévérité** des douleurs ET/OU blessures selon l'échelle suivante :

1 (légère) 2 (modérée) 3 (sérieuse)

8.4. Souffrez-vous encore de douleurs ou de séquelles physiques découlant de l'événement?

☐ Oui

Si oui, est-ce que ces douleurs/séquelles vous empêchent de fonctionner au quotidien? ☐ Oui

☐ Non

☐ Non

8.5. Avez-vous vu un médecin pour vos douleurs ou blessures?

☐ Oui

A-t-il émis un diagnostic concernant votre état?

☐ Oui (spécifiez) : _____

☐ Non

☐ Non

☐ Non

9. Au cours de l'événement, avez-vous **vécu** ou été **témoin de** (vous pouvez indiquer plus d'une réponse).

	Non	Vécu	Vu (témoin direct)	On vous a raconté (témoin indirect)
Torture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agression sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mort d'un individu	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qui : _____				
Autre chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécifiez : _____				

10. Au cours de l'événement, avez-vous été **en contact avec** (vous pouvez indiquer plus d'une réponse):

- ☐ des victimes
☐ des personnes blessées
☐ des corps démembrés, mutilés, brûlés, en décomposition, etc.
☐ Autre (spécifiez) : _____
☐ Aucun de ces énoncés ne s'applique (spécifiez) : _____

11. Est-ce que l'événement implique une **victime à qui vous pouviez vous identifier** (ex. un policier)? ☐ Oui ☐ Non

12. Est-ce que l'événement implique une **victime qui vous rappelle fortement un être cher**? ☐ Oui ☐ Non

13. Est-ce que l'événement implique une **victime qui représente une certaine vulnérabilité au sein de la société** (ex. un enfant, une personne âgée, un(e) prostitué(e))? ☐ Oui ☐ Non

14. En ce qui a trait au **déroulement de l'événement**, est-ce que l'événement vous semblait **incontrôlable** ou sentiez-vous que vous n'aviez **aucun contrôle** sur l'événement et/ou son déroulement? ☐ Oui ☐ Non

15. Avez-vous dégainé votre **arme à feu** pendant l'événement?

- ☐ Oui
 Si oui, avez-vous tiré des coups de feu avec votre arme?
 ☐ Oui
 ☐ Non
☐ Non

16. Avez-vous eu recours à toute **autre arme** (e.g. bâton télescopique, capiscum i.e. poivre de cayenne) pendant l'événement?

- ☐ Oui
 Si oui, indiquez quelle arme _____
 Si oui, indiquez comment vous vous en êtes servi _____

☐ Non

17. Lors de l'événement, est-ce que quelqu'un a été **blessé ou est décédé** suite à une de vos interventions ?

- () Oui, blessé
 () Oui, décédé
 () Non

*Montrer les dessins des différentes échelles au participant et lui demander de répondre avec l'**échelle 4** pour les prochaines questions.*

18. Indiquez à quel point vous avez **perçu que votre vie était menacée** pendant ou immédiatement après l'événement?

1	2	3	4	5
pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement

19. Indiquez à quel point vous **avez perçu une menace d'être sérieusement blessé** ou à quel point vous **avez perçu que votre intégrité physique était menacée** pendant ou immédiatement après l'événement?

1	2	3	4	5
pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement

20. Selon vous, à quel point est-ce que l'événement que vous avez vécu était **sévère**, comparativement à d'autres situations que vous avez pu vivre auparavant au travail ou à l'extérieur du travail? Coter la sévérité de l'événement :

1	2	3	4	5
pas du tout sévère	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement sévère

ESA

Maintenant, je vais vous poser des questions pour connaître comment vous avez réagi à l'événement.

Partir l'enregistrement...

MODULE ESA	
Pendant ou après l'événement...	Soit pendant, soit après l'incident la personne éprouve au moins 3 sx dissociatifs
Avez-vous ressenti un état de léthargie ou de détachement ou avez-vous eu l'impression que vous n'aviez plus aucune émotion?	1) Une impression subjective de léthargie, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle ? 1 2 3
Avez-vous l'impression que vous aviez moins conscience de ce qui se passait autour de vous, comme si vous étiez dans un état de stupeur?	2) Une diminution de la conscience des événements extérieurs ? 1 2 3
Les choses autour de vous vous ont-elles semblé irréelles?	3) Déréalisation ? 1 2 3
Vous êtes-vous senti détaché de ce qui vous entourait ou d'une partie de votre corps?	4) Dépersonnalisation ? 1 2 3
Vous êtes-vous rendu compte que vous ne pouviez vous rappeler certains détails importants de ce qui s'était passé au cours de l'incident?	5) Amnésie de dissociation (incapacité de se rappeler certains aspects importants de l'incident) ? 1 2 3
	ESA : AU MOINS 3 SX SONT COTÉS "3": ___/5 ? 1 2 3
Depuis l'événement, à quelle fréquence... La durée minimum doit être de 2 jours mais ne pas tenir compte des 2 premiers jours après l'événement.	B. L'incident est constamment revécu d'une ou plusieurs façons. <i>Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine.</i> <i>Intensité minimum : modérée.</i>
Avez-vous pensé malgré vous à l'incident ou le souvenir de l'incident vous est-il venu à l'esprit tout à coup, sans que vous l'ayez souhaité?	1) Souvenirs répétitifs et envahissants, images ou pensées provoquant détresse ESA ? 1 2 3
Y avez-vous rêvé? (ou fait d'autres rêves bouleversants?)	2) Rêves répétitifs provoquant détresse ESA ? 1 2 3
Vous est-il arrivé d'agir ou de vous sentir comme si vous étiez en train de revivre l'incident?	3) Illusions, flash-back récurrents comme si l'événement allait se reproduire, sentiment de revivre l'événement ESA ? 1 2 3
Vous est-il arrivé d'être très bouleversé quand quelque chose vous rappelait l'incident?	4) Sentiment de détresse lorsqu'exposé à des signaux évoquant des aspects de l'événement ou symbolisant celui-ci ESA ? 1 2 3

<p>Vous est-il arrivé d'éprouver des sx physiques - vous mettre à transpirer abondamment ou à respirer de façon laborieuse ou irrégulière ou encore de sentir votre cœur battre très fort?</p>	<p>5) Réactions physiologiques aux signaux ESA internes ou externes évoquant l'événement</p>	<p>? 1 2 3</p>
	<p>ESA : AU MOINS 1 SX EST COTÉ "3". ___/5</p>	<p>? 1 3</p>
<p>Depuis l'événement, à quelle fréquence... La durée minimum doit être de 2 jours mais ne pas tenir compte des 2 premiers jours après l'événement.</p>	<p>C. Évitement persistant des stimuli associés à l'incident <i>Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine. Intensité minimum : modérée.</i></p>	
<p>Avez-vous fait votre possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé?</p>	<p>1) efforts pour éviter pensées, ESA sentiments ou conversations associés au traumatisme</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet incident?</p>	<p>2) efforts pour éviter activités, lieux ESA : ou personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme</p>	<p>? 1 2 3</p>
	<p>ESA : AU MOINS 1 SX EST COTÉ "3". ___/2</p>	<p>? 1 3</p>
<p>Depuis l'événement, à quelle fréquence... La durée minimum doit être de 2 jours mais ne pas tenir compte des 2 premiers jours après l'événement.</p>	<p>D. Symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) <i>Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine. Intensité minimum : modérée.</i></p>	
<p>Avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir? (quel genre de difficultés?)</p>	<p>1) difficultés à s'endormir ESA : ou sommeil interrompu</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Vous-êtes vous montré plus irritable qu'avant? Plus colérique?</p>	<p>2) irritabilité ou accès de colère ESA :</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer?</p>	<p>3) difficultés de concentration ESA :</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Aviez-vous tendance à rester sur vos gardes, à être plus méfiant, même quand vous n'aviez aucune raison de l'être?</p>	<p>4) hypervigilance ESA :</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Avez-vous plus tendance à sursauter, par exemple, à la suite d'un bruit soudain?</p>	<p>5) réaction de sursaut exagérée ESA :</p>	<p>? 1 2 3</p>

Vous sentiez-vous souvent agité, aviez-vous de la difficulté à rester en place?	6) agitation motrice	ESA :	? 1 2 3
ESA : AU MOINS 2 SX SONT COTÉS "3". ____/6		? 1 2 3	
Depuis l'événement ... La durée minimum doit être de 2 jours mais ne pas tenir compte des 2 premiers jours après l'événement.	F. Fonctionnement diminué	ESA :	? 1 2 3
Votre qualité de vie a-t-elle changée ?			
Est-ce que durant la période qui a suivi l'événement, votre fonctionnement était diminué dans certains domaines importants de votre vie? Lesquels?			
G. Durée des symptômes			
Combien de temps ont duré les difficultés dont on vient de parler? _____	Débuté suite à l'incident et dure plus que 2 jours et moins que 4 semaines	ESA :	? 1 2 3
Elle n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref et elle n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou II	H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (drogue ou médicament) ou à une maladie.	ESA	? 1 2 3
LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES SONT COTÉS "3"		ESA	? 1 2 3

Arrêter l'enregistrement...

Entrevue semi-structurée sur la perception du soutien social (EPSS)

Instructions à l'évaluateur en italique.

Les questions suivantes portent sur le soutien que vous avez reçu depuis l'événement que vous avez vécu récemment. Pour chaque question, vous devez répondre concernant :

- 1) Le soutien reçu de la part d'un ou de plusieurs de vos proches que vous fréquentez en dehors du travail (ex. conjoint(e), époux (se), ami(e)s, membre(s) de votre famille).
- 2) Le soutien reçu de la part d'un ou de plusieurs de vos collègues de travail.
- 3) Le soutien reçu de la part de votre supérieur immédiat (1^{er} échelon supérieur).
- 4) Le soutien reçu de la part d'un ou de plusieurs des supérieurs de votre supérieur immédiat (2^e échelon supérieur).

Titre de votre **supérieur immédiat** (ex. sergent) : _____

Titre du **2^e échelon supérieur** (ex. lieutenant/commandant) : _____

Avant de commencer, veuillez préciser au policier ou à la policière que les questions sont formulées au pluriel (vos proches, vos collègues, etc.) mais qu'il peut s'agir que d'un seul proche ou d'un seul collègue de travail qui lui a apporté le soutien en question. Ceci est dans le but d'alléger le texte.

Veuillez présenter au policier ou à la policière les feuilles contenant le dessin des différentes échelles. Mentionnez-lui qu'à chaque bloc de questions que vous lui poserez, vous lui préciserez avec quelle échelle il ou elle doit répondre.

Inscrire la réponse du policier (chiffre de l'échelle) sur chaque ligne _____. La première ligne doit toujours contenir la réponse pour les proches en dehors du travail, la deuxième pour les collègues de travail, la troisième pour le supérieur immédiat et la quatrième pour les supérieurs du supérieur immédiat.

Veuillez écrire sur ce questionnaire toute autre information pertinente même s'il n'y a pas de question qui demande cette information.

Pour les questions qui portent sur le **soutien informationnel (conseils)**, veuillez donner au policier les exemples suivants :

- vous suggérer des conduites que vous devriez prendre;
- vous informer de certaines ressources disponibles qui pourraient vous aider;
- vous donner de l'information qui vous aide à mieux comprendre votre situation;
- vous aider à prendre certaines décisions;
- vous présenter différentes options possibles pour résoudre les suites de l'événement.

Pour les questions qui portent sur l'**aide tangible**, veuillez donner au policier les exemples suivants:

- Pour les proches et les **collègues** de travail :
 - faire des tâches ou des commissions à votre place, vous prêter de l'argent ou des biens matériels, vous aider à vous déplacer ou vous accompagner à des rendez-vous.
- Pour les **supérieurs** :
 - vous proposer un réaménagement de vos tâches de travail
 - vous suggérer un congé.

Pour les prochaines questions, demander au participant de répondre avec l'échelle 1.

Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4	5

1. Depuis l'événement, à quelle fréquence...

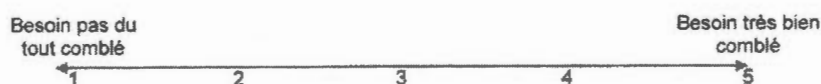
- 1.1. Avez-vous **parlé** à vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) de vos réactions en lien avec l'événement? _____
- 1.2. Vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) vous ont-ils **fait sentir apprécié(e)**?

- 1.3. Vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) vous ont-ils apporté des **conseils** (*donner des exemples*) pour vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?

- 1.4. Vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) vous ont-ils apporté une **aide tangible** (*donner des exemples*) pour vous aider par rapport à vos réactions en lien avec l'événement?

- 1.5. Vous êtes-vous **changé les idées** en compagnie de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) (par exemple, faire des sorties, du sport, relaxer, avoir du plaisir ou pour jaser de choses et d'autres)? _____ N/A N/A

Pour les prochaines questions, demander au participant de répondre avec l'**échelle 2**.



Expliquer au participant ce qu'on entend par un besoin comblé. Un besoin est très bien comblé dans la mesure où il n'y a pas d'écart entre ce que vous ressentez comme besoin de soutien (en quantité et en qualité) et ce que vous recevez réellement comme soutien.

2. Depuis l'événement, à quel point ressentez-vous que votre besoin a été comblé ...

- 2.1. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme **écoute** et comme **compréhension** de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)?

- 2.2. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme **marque d'appréciation à votre égard** de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)?

- 2.3. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme aide au niveau des **conseils** de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) pour vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?

- 2.4. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme **aide tangible** pour vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)?

- 2.5. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme soutien pour vous **changer les idées** de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)?
 _____ N/A N/A

Pour les prochaines questions, demander au participant de répondre avec l'**échelle 3**.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4	5

3. Depuis l'événement, j'ai un ou plusieurs de mes (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) ...

- 3.1. À qui je pourrais facilement me **confier**, **parler** de mes réactions en lien avec l'événement si j'en ressentais le besoin. _____
- 3.2. De qui je me **sens apprécié(e)**. _____
- 3.3. Sur qui je pourrais compter pour me donner des **conseils** pour m'aider à gérer mes difficultés en lien avec l'événement si j'en ressentais le besoin. _____
- 3.4. Sur qui je pourrais compter pour m'apporter une **aide tangible** pour m'aider à gérer mes difficultés en lien avec l'événement si j'en ressentais le besoin.

- 3.5. Sur qui je pourrais compter pour me **changer les idées** (par exemple : pour sortir, pour faire du sport, pour relaxer, pour avoir du plaisir ou jaser de choses et d'autres) si j'en ressentais le besoin.
_____ N/A N/A

Pour les prochaines questions, demander au participant de répondre avec l'**échelle 1**.

Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4	5

4. Depuis l'événement, à quelle fréquence vous êtes-vous senti ...

- 4.1. Jugé(e) **négativement** par vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) par rapport à vos interventions en lien avec l'événement?

- 4.2. Jugé(e) **négativement** par vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) dans votre façon de gérer vos réactions en lien avec l'événement?

- 4.3. Délaissé(e) par vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) parce qu'ils ne vous ont pas démontré autant d'attention et d'intérêt (ex. encouragement) que vous l'auriez souhaité?

Depuis l'événement, à quelle fréquence vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)...

- 4.4. Vous ont-ils donné l'impression qu'ils ne **voulaient pas entendre parler** de vos réactions en lien avec l'événement?

- 4.5. Ont-ils semblé **inconfortables ou impatients** lorsque vous parliez de vos réactions en lien avec l'événement?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.1 est cotée « Jamais »
- 4.6. Se sont-ils **plaints de leurs propres problèmes** alors que vous vouliez parler de vos réactions en lien avec l'événement?

- 4.7. Ont-ils semblé **ne pas comprendre** vos réactions en lien avec l'événement ?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.1 est cotée « Jamais »
- 4.8. Ont-ils **minimisé ou banalisé** vos réactions en lien avec l'événement?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.1 est cotée « Jamais »
- 4.9. Vous ont-ils donné des conseils ou de l'information que vous croyez nuisibles ou qui auraient pu vous nuire au lieu de vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.3 est cotée « Jamais »
- 4.10. Se sont-ils **plaints** ou ont-ils semblés **impatients** d'avoir à vous aider en vous fournissant des **conseils** pour vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.3 est cotée « Jamais »

4.11. Ont-ils **évit**é ou **refus**é de vous apporter une **aide tangible** ou se sont-ils **plaints** ou ont-ils semblés **impatients** d'avoir à vous apporter une aide tangible quelconque afin de vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?

4.12. Ont-ils semblé vouloir **éviter d'être en votre compagnie** ou ont semblé **ne pas aimer être en votre compagnie**?

4.13. Ont-ils (sans nécessairement vouloir être méchants) fait des **blagues** ou passé des **commentaires** en lien avec l'événement qui vous ont dérangé(e)?

DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

1. Sexe ☐ masculin ☐ féminin
2. Quel âge avez-vous? _____ ans
3. Quel est votre statut civil?
☐ Célibataire
☐ Marié ou en union de fait
☐ Séparé ou divorcé
☐ Veuf
4. Êtes-vous présentement en couple?
(Pas besoin d'être en cohabitation)
☐ Oui, depuis combien de temps? _____
☐ Non
5. Avez-vous des enfants?
☐ Oui, Combien d'enfants avez-vous? _____
☐ Non
6. Combien d'années d'étude avez-vous complété à partir de la première année du primaire ? _____ années
7. Origine ethnique : _____
8. Quel est l'endroit où vous avez passé la plus grande partie de votre enfance ?
S'il s'agit d'une grande ville, veuillez préciser le quartier : _____

DONNÉES SUR LE TRAVAIL

1. Date d'embauche en tant que policier ou policière ?
_____ années _____ mois _____ jours
2. Quel est votre grade dans la police présentement ?
 - a. Agent/constable
 - b. Agent sénior
 - c. Sergent de quartier
 - d. Agent enquêteur, analyste crime
 - e. Sergent superviseur SWAT
 - f. Sergent détective
 - g. Commandant
 - h. Lieutenant
 - i. Lieutenant détective
 - j. Inspecteur
 - k. Inspecteur chef
 - l. Agent d'intervention
 - m. Sergent d'intervention
 - n. Agent d'intervention tactique
 - o. Agent identification
 - p. Autres : _____
3. Combien d'heures faites-vous par semaine (en moyenne) ? _____
4. Quel est votre horaire de travail (jour, soir, nuit, rotatif) ? _____
Si rotatif, spécifier :
() 3 relèves (i.e, rotation jour, soir et nuit)
() 2 relèves, spécifier les deux relèves _____, _____
5. Dans quel PDQ travaillez-vous présentement ? _____
Nom du secteur : _____
Quel est le numéro de votre groupe de travail (p. ex., groupe 3) : _____
6. Service de police (ex. SPVM) : _____

Code confidentiel : _____

Questionnaires à remplir **après la première entrevue.**

CONSIGNES

Nous apprécierions si vous pouviez compléter les questionnaires suivants.

Veuillez lire attentivement les consignes qui sont indiquées au début de chaque questionnaire. Tout événement mentionné dans les questionnaires se réfère à l'événement _____ dont nous avons parlé lors de l'entrevue. Les questionnaires peuvent faire référence à des périodes de temps différentes (ex. « Au cours des deux dernières semaines », « Au cours des trois derniers mois » ...), il faut donc se fier aux consignes particulières pour chaque questionnaire.

Les questions doivent être complétées seul, c'est-à-dire sans informations supplémentaires de la part de votre entourage.

Il est important de répondre à toutes les questions (recto et verso de toutes les pages). Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Soyez assuré que vos données resteront strictement confidentielles, personne en dehors du personnel de notre équipe de recherche n'aura accès à celles-ci.

Dès que vous aurez complété le questionnaire, veuillez nous le retourner par la poste dans l'enveloppe pré-adressée et pré-affranchie.

Merci de votre collaboration!

Inscrivez ici la date à laquelle vous répondez aux questions :

Jour/Mois/Année : _____

Dans les questionnaires suivants, le genre masculin est employé dans son sens générique et n'implique aucune discrimination fondée sur le sexe.



Date:

année / mois / jour

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION®
Harcourt Brace & Company, Canada

TORONTO
Londres • San Antonio • Sydney

ecpa
Les Éditions
Psychologiques
du Canada

Copyright © 1997 par Aaron T. Beck

Tous droits réservés. Toute reproduction ou transmission, même partielle, de cet ouvrage par quelque procédé que ce soit, électronique, mécanique ou autre, y compris la photocopie, les bandes magnétiques et les systèmes d'emmagasinage et d'extraction de l'information, sans la permission écrite de l'éditeur, est interdite. Imprimé au Canada.

0-7747-5230-0

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

ISP

Consignes: Tout d'abord, veuillez identifier votre **proche qui était le plus significatif** dans votre vie **au cours des quelques jours qui se sont écoulés entre l'événement et la première entrevue** et inscrire son prénom ainsi que le lien que vous aviez avec lui (conjoint, partenaire de travail, parent, ami, etc.).

Prénom: _____ Lien: _____

Quand cette personne vous aide à gérer vos difficultés liées au stress, il(elle) peut adopter différents types de comportements ou d'attitudes. Les énoncés ci-bas sont des réactions possibles de sa part quand vous vous sentiez stressé(e) après l'événement. À l'aide de l'échelle suivante, veuillez évaluer A QUELLE FRÉQUENCE votre proche le plus significatif a répondu de cette façon **au cours des quelques jours qui se sont écoulés entre l'événement et la première entrevue**.

- 1 = N'a jamais répondu de cette façon
- 2 = A rarement répondu de cette façon
- 3 = A parfois répondu de cette façon
- 4 = A souvent répondu de cette façon

Veuillez évaluer à quelle fréquence, au cours des quelques jours qui se sont écoulés entre l'événement et la première entrevue (inscrire le prénom du proche)

- _____ 1. A semblé impatient(e) avec vous.
- _____ 2. A semblé fâché(e) ou irrité(e) avec vous quand il(elle) a fait des choses pour vous aider.
- _____ 3. A semblé ne pas aimer être en votre présence.
- _____ 4. Vous a fait attendre longtemps pour de l'aide quand vous en aviez besoin.
- _____ 5. A évité d'être en votre présence quand vous ne vous sentiez pas bien.
- _____ 6. A fait voir qu'il(elle) ne voulait réellement pas parler de vos difficultés liées au stress.
- _____ 7. A crié ou hurlé après vous.
- _____ 8. N'a pas semblé respecter vos sentiments.
- _____ 9. S'est plaint de vos difficultés liées au stress ou d'avoir à vous aider avec une tâche que vous trouviez difficile à faire par vous-même.

- 1 = N'a jamais répondu de cette façon
2 = A rarement répondu de cette façon
3 = A parfois répondu de cette façon
4 = A souvent répondu de cette façon

- _____ 10. A semblé inconfortable de vous parler au sujet de vos difficultés liées au stress.
- _____ 11. A critiqué la façon dont vous gériez vos difficultés liées au stress.
- _____ 12. A semblé moins acceptant(e) envers vous parce que vous avez des difficultés liées au stress.
- _____ 13. N'a pas été émotivement supportant(e) pour vous alors que vous vous attendiez à recevoir un peu de support.
- _____ 14. A plaisanté et tenté de vous remonter le moral.
- _____ 15. A demandé comment vous vous sentiez.
- _____ 16. Vous a demandé de faire une activité pour vous changer les idées.
- _____ 17. Vous a fait savoir qu'il(elle) serait toujours dans les alentours si vous aviez besoin d'aide.
- _____ 18. A dit que vos émotions étaient normales pour quelqu'un qui avait des difficultés liées au stress.
- _____ 19. Vous a consolé en vous démontrant de l'affection physique.
- _____ 20. Était à vos côtés dans les moments stressants de vos difficultés liées au stress.
- _____ 21. A exprimé de l'intérêt ou du souci au sujet de votre bien-être.
- _____ 22. A initié des discussions au sujet de vos difficultés liées au stress.
- _____ 23. A suggéré des conduites que vous devriez prendre.
- _____ 24. A fait des tâches ménagères ou des courses que vous trouviez difficiles à faire.

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

Échelle de Croyances (Janoff-Bulman, 1989)

En utilisant l'échelle ci-dessous, choisissez le chiffre qui représente le mieux votre accord ou votre désaccord avec chacun des énoncés. Veuillez répondre le plus franchement possible. Merci.

	Fortement en désaccord avec l'énoncé 1	Modérément en désaccord avec l'énoncé 2	Légèrement en désaccord avec l'énoncé 3	Légèrement en accord avec l'énoncé 4	Modérément en accord avec l'énoncé 5	Fortement en accord avec l'énoncé 6
Que pensez-vous de chacun des énoncés ... (Encerclez le chiffre correspondant)	Fortement en désaccord avec l'énoncé				Fortement d'accord avec l'énoncé	
1. Le malheur est moins à même de frapper les gens s'ils sont respectables et honnêtes.....	1	2	3	4	5	6
2. Les gens sont naturellement hostiles et méchants	1	2	3	4	5	6
3. Les malheurs sont répartis au hasard parmi les gens	1	2	3	4	5	6
4. La nature humaine est foncièrement bonne.....	1	2	3	4	5	6
5. Le nombre de bonnes choses qui se produisent dans ce monde surpasse de beaucoup le nombre de mauvaises	1	2	3	4	5	6
6. Le cours de nos vies est largement déterminé par le hasard.....	1	2	3	4	5	6
7. Généralement, les gens méritent ce qui leur arrive dans ce monde.....	1	2	3	4	5	6
8. Je pense souvent que je ne vauds rien du tout.....	1	2	3	4	5	6
9. Il y a plus de bon que de mauvais dans ce monde.....	1	2	3	4	5	6
10. Je suis fondamentalement une personne chanceuse.....	1	2	3	4	5	6
11. Les malheurs des gens résultent des erreurs qu'ils ont commises.....	1	2	3	4	5	6
12. Les gens ne se préoccupent pas vraiment de ce qui arrive aux autres.....	1	2	3	4	5	6
13. Je me comporte habituellement de façon à augmenter les résultats positifs en ma faveur.....	1	2	3	4	5	6
14. Les gens auront de la chance s'ils sont eux-mêmes bons.....	1	2	3	4	5	6

Que pensez-vous de chacun des énoncés ... (Encerclez le chiffre correspondant)	Fortement en désaccord avec l'énoncé					Fortement d'accord avec l'énoncé
15. La vie comporte trop d'incertitudes qui sont déterminées par le hasard.....1	2	3	4	5	6	
16. Quand j'y pense, je me trouve très chanceux (se)1	2	3	4	5	6	
17. Je fais presque toujours des efforts pour éviter que des malheurs m'arrivent1	2	3	4	5	6	
18. J'ai une faible opinion de moi-même.....1	2	3	4	5	6	
19. Dans l'ensemble, les gens "biens" récoltent ce qu'ils méritent dans ce monde.....1	2	3	4	5	6	
20. Par nos actions, nous pouvons empêcher les malheurs de nous arriver.....1	2	3	4	5	6	
21. En considérant ma vie, je me rends compte que le hasard a joué en ma faveur.....1	2	3	4	5	6	
22. Si les gens prenaient des précautions, la plupart des malheurs pourraient être évités.....1	2	3	4	5	6	
23. Je prends les mesures nécessaires pour me protéger du malheur.....1	2	3	4	5	6	
24. En général, la vie est principalement un jeu de hasard.....1	2	3	4	5	6	
25. Le monde est un bon endroit.....1	2	3	4	5	6	
26. Les gens sont foncièrement bons et serviables.....1	2	3	4	5	6	
27. Je me comporte habituellement de manière à ce que cela me rapporte le plus de bonnes choses.....1	2	3	4	5	6	
28. Je suis très satisfait(e) de genre de personne que je suis.....1	2	3	4	5	6	
29. Quand des malheurs arrivent, c'est typiquement parce que les gens n'ont pas pris les mesures nécessaires pour se protéger.....1	2	3	4	5	6	
30. Si vous regardez d'assez près, vous constaterez que le monde est plein de bonté.....1	2	3	4	5	6	
31. J'ai des raisons d'avoir honte de mon caractère.....1	2	3	4	5	6	
32. Je suis plus chanceux(se) que la plupart des gens.1	2	3	4	5	6	

Traduction du *World Assumptions Scale*; (Janoff-Bulman, 1989) Laboratoire d'Étude du Trauma, UQAM

APPENDICE G
ENTREVUE ET QUESTIONNAIRES (TEMPS 2)

ÉTUDE PROSPECTIVE

Entrevue pour policiers et policières au

Temps 2 : 1 mois après l'événement
(32 à 39 jours après l'événement)

Code confidentiel : _____

Date de l'entrevue : _____

Nom de l'évaluateur : _____

*Nombre de jours écoulés entre l'événement
et l'entrevue: _____ jours*

ESA et TSPT

(pour l'événement marquant principal)

Maintenant nous allons revenir à l'événement marquant qui fait l'objet de notre étude (nommer l'événement).

Je vais vous poser des questions pour connaître vos réactions à cet événement au cours du dernier mois.

Partir l'enregistrement...

<p><u>Si le participant a mentionné n'avoir vécu aucune des six émotions lors de la première entrevue, vérifier à nouveau le Cx A2 et encrer les émotions vécues s'il y en a.</u></p>	<p>A. Le sujet a été exposé à un ou plusieurs événements traumatisants répondant aux critères suivants :</p> <p>1) Événement traumatisant que le sujet a vécu ou dont il a été témoin et au cours duquel il y a eu mort ou menace de mort ou de blessures sérieuses ou au cours duquel la santé du sujet ou celle d'autres personnes a été menacée. ? 1 2 3</p> <p>2) Événement au cours duquel le sujet a éprouvé une très grande peur ou un vif sentiment d'horreur, d'impuissance, de colère, de honte ou de culpabilité. ? 1 2 3</p>
<p><u>Si le Dx d'ESA au T1 est coté 3 alors ne pas coter l'ESA</u></p>	
<p>Pendant l'événement ou depuis l'événement, ...</p>	<p>Soit pendant, soit après l'incident la personne éprouve au moins 3 sx dissociatifs</p>
<p>Avez-vous ressenti un état de léthargie ou de détachement ou avez-vous eu l'impression que vous n'aviez plus aucune émotion?</p>	<p>1) Une impression subjective de léthargie, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle ? 1 2 3</p>
<p>Avez-vous l'impression que vous aviez moins conscience de ce qui se passait autour de vous, comme si vous étiez dans un état de stupeur?</p>	<p>2) Une diminution de la conscience des événements extérieurs ? 1 2 3</p>
<p>Les choses autour de vous vous ont-elles semblé irréelles?</p>	<p>3) Déréalisation ? 1 2 3</p>
<p>Vous êtes-vous senti détaché de ce qui vous entourait ou d'une partie de votre corps?</p>	<p>4) Dépersonnalisation ? 1 2 3</p>
<p>Vous êtes-vous rendu compte que vous ne pouviez vous rappeler certains détails importants de ce qui s'était passé au cours de l'incident?</p>	<p>5) Amnésie de dissociation (incapacité de se rappeler certains aspects importants de l'incident) ? 1 2 3</p>
	<p>ESA : AU MOINS 3 SX SONT COTÉS "3": ____/5 ? 1 2 3</p>

<p>Depuis l'événement, à quelle fréquence... <i>Vérifier la fréquence et l'intensité par semaine.</i> <i>Vérifier la durée sans tenir compte des 2 premiers jours après l'événement.</i> ESA : Durée minimum de 2 jours. TSPT : Durée minimum de 30 jours.</p>	<p>B. L'incident est constamment revécu d'une ou plusieurs façons. <i>Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine.</i> <i>Intensité minimum : modérée.</i></p>
<p>Avez-vous pensé malgré vous à l'incident ou le souvenir de l'incident vous est-il venu à l'esprit tout à coup, sans que vous l'ayez souhaité?</p>	<p>1) Souvenirs répétitifs et envahissants. ESA ? 1 2 3 images ou pensées provoquant détresse TSPT ? 1 2 3</p>
<p>Y avez-vous rêvé? (Ou avez-vous fait d'autres rêves bouleversants)?</p>	<p>2) Rêves répétitifs provoquant détresse ESA ? 1 2 3 TSPT ? 1 2 3</p>
<p>Vous est-il arrivé d'agir ou de vous sentir comme si vous étiez en train de revivre l'incident?</p>	<p>3) Illusions, flash-back récurrents comme ESA ? 1 2 3 si l'événement allait se reproduire, TSPT ? 1 2 3 sentiment de revivre l'événement</p>
<p>Vous est-il arrivé d'être très bouleversé quand quelque chose vous rappelait l'incident?</p>	<p>4) Sentiment de détresse lorsqu'exposé ESA ? 1 2 3 à des signaux évoquant des aspects de TSPT ? 1 2 3 l'événement ou symbolisant celui-ci</p>
<p>Vous est-il arrivé d'éprouver des sx physiques - vous mettre à transpirer abondamment ou à respirer de façon laborieuse ou irrégulière ou encore de sentir votre cœur battre très fort?</p>	<p>5) Réactions physiologiques aux signaux ESA ? 1 2 3 internes ou externes évoquant l'événement TSPT ? 1 2 3</p>
<p>ESA : AU MOINS 1 SX EST COTÉ "3". ___/5 TSPT: AU MOINS 1 SX EST COTÉ "3". ___/5</p>	<p>? 1 3 ? 1 3</p>
<p>Depuis l'événement, à quelle fréquence... <i>Vérifier la fréquence et l'intensité par semaine.</i> <i>Vérifier la durée sans tenir compte des 2 premiers jours après l'événement.</i> ESA : Durée minimum de 2 jours. TSPT : Durée minimum de 30 jours.</p>	<p>C. Évitement persistant des stimuli associés à l'incident <i>Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine.</i> <i>Intensité minimum : modérée.</i></p>
<p>Avez-vous fait votre possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé?</p>	<p>1) efforts pour éviter pensées, ESA ? 1 2 3 sentiments ou conversations TSPT ? 1 2 3 associés au traumatisme</p>

Depuis l'événement, à quelle fréquence...		D. Symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme)	
Vérifier la fréquence et l'intensité par semaine. Vérifier la durée sans tenir compte des 2 premiers jours après l'événement. <u>ESA</u> : Durée minimum de 2 jours. <u>TSPT</u> : Durée minimum de 30 jours.		Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine. Intensité minimum : modérée.	
Avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir? (quel genre de difficultés?)	1) difficultés à s'endormir	ESA	? 1 2 3
	ou sommeil interrompu	TSPT	? 1 2 3
Vous êtes-vous montré plus irritable qu'avant? Plus colérique?	2) irritabilité ou accès de colère	ESA	? 1 2 3
		TSPT	? 1 2 3
Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer?	3) difficultés de concentration	ESA	? 1 2 3
		TSPT	? 1 2 3
Avez-vous tendance à rester sur vos gardes, à être plus méfiant, même quand vous n'aviez aucune raison de l'être?	4) hypervigilance	ESA	? 1 2 3
		TSPT	? 1 2 3
Avez-vous plus tendance à sursauter, par exemple, à la suite d'un bruit soudain?	5) réaction de sursaut exagérée	ESA	? 1 2 3
		TSPT	? 1 2 3
Vous sentiez-vous souvent agité, aviez-vous de la difficulté à rester en place?	6) agitation motrice	ESA :	? 1 2 3
		ESA :	
	AU MOINS 2 SX SONT COTÉS "3".	___/6	? 1 2 3
	TSPT :		
	AU MOINS 2 SX SONT COTÉS "3".	___/5	? 1 2 3

Depuis l'événement, ... <i>Vérifier la durée sans tenir compte des 2 premiers jours après l'événement.</i> <i>ESA : Durée minimum de 2 jours.</i> <i>TSPT : Durée minimum de 30 jours.</i>						
F. Fonctionnement diminué		ESA	?	1	2	3
		TSPT	?	1	2	3
Votre qualité de vie a-t-elle changé? Est-ce que durant la période qui a suivi l'événement, votre fonctionnement était diminué dans certains domaines importants de votre vie? Lesquels?						
G. Durée des symptômes						
Combien de temps ont duré les difficultés dont on vient de parler? _____	Débuté suite à l'incident et dure plus que 2 jours et moins que 4 semaines	ESA	?	1	2	3
	Symptômes dure pendant plus d'1 mois (SPT)		?	1	2	3
Elle n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref et elle n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou II						
H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (drogue ou médicament) ou à une maladie.		ESA	?	1	2	3
		TSPT	?	1	2	3
LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES		ESA	?	1	2	3
SONT COTÉS "3"		TSPT	?	1	2	3
Arrêter l'enregistrement...						

Si le **Dx** est coté 2 pour le TSPT, alors indiquer s'il y a un **Dx partiel** : Oui () Non ()

Dx partiel : 1 Sx de B coté 3 + 1 Sx de C coté 3 + 1 Sx de D coté 3

ou

1 Sx de B coté 3 + 2 Sx de D coté 3

Si le **Dx** est coté 3 pour le TSPT, alors indiquer si le TSPT est :

1. **Aigu** : Les Sx ont duré entre 1 et 3 mois
- ~~2. **Chronique** : Les Sx ont duré plus de 3 mois~~
- ~~3. **À survenue différée** : Les Sx apparaissent après 6 mois~~

Encercler aussi la sévérité du TSPT :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic: les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

Entrevue semi-structurée sur la perception du soutien social (EPSS)

Instructions à l'évaluateur en italique.

Les questions suivantes portent sur le soutien que vous avez reçu depuis la dernière rencontre (donc au cours des trois dernières semaines). Pour chaque question, vous devez répondre concernant :

- 1) Le soutien reçu de la part d'un ou de plusieurs de vos proches que vous fréquentez en dehors du travail (ex. conjoint(e), époux (se), ami(e)s, membre(s) de votre famille).
- 2) Le soutien reçu de la part d'un ou de plusieurs de vos collègues de travail.
- 3) Le soutien reçu de la part de votre supérieur immédiat (1^{er} échelon supérieur).
- 4) Le soutien reçu de la part d'un ou de plusieurs des supérieurs de votre supérieur immédiat (2^e échelon supérieur).

Titre de votre **supérieur immédiat** (ex. sergent) : _____

Titre du **2^e échelon supérieur** (ex. lieutenant/commandant) : _____

Avant de commencer, veuillez préciser au policier ou à la policière que les questions sont formulées au pluriel (vos proches, vos collègues, etc.) mais qu'il peut s'agir que d'un seul proche ou d'un seul collègue de travail qui lui a apporté le soutien en question. Ceci est dans le but d'alléger le texte.

Veuillez présenter au policier ou à la policière les feuilles contenant le dessin des différentes échelles. Mentionnez-lui qu'à chaque bloc de questions que vous lui poserez, vous lui préciserez avec quelle échelle il ou elle doit répondre.

Inscrire la réponse du policier (chiffre de l'échelle) sur chaque ligne _____. La première ligne doit toujours contenir la réponse pour les proches en dehors du travail, la deuxième pour les collègues de travail, la troisième pour le supérieur immédiat et la quatrième pour les supérieurs du supérieur immédiat.

Veuillez écrire sur ce questionnaire toute autre information pertinente même s'il n'y a pas de question qui demande cette information.

Pour les questions qui portent sur le **soutien informationnel (conseils)**, veuillez donner au policier les exemples suivants :

- vous suggérer des conduites que vous devriez prendre;
- vous informer de certaines ressources disponibles qui pourraient vous aider;
- vous donner de l'information qui vous aide à mieux comprendre votre situation;
- vous aider à prendre certaines décisions;
- vous présenter différentes options possibles pour résoudre les suites de l'événement.

Pour les questions qui portent sur l'**aide tangible**, veuillez donner au policier les exemples suivants:

- Pour les proches et les collègues de travail :
 - faire des tâches ou des commissions à votre place, vous prêter de l'argent ou des biens matériels, vous aider à vous déplacer ou vous accompagner à des rendez-vous.
- Pour les supérieurs :
 - vous proposer un réaménagement de vos tâches de travail
 - vous suggérer un congé.

Pour les prochaines questions, demander au participant de répondre avec l'**échelle 1**.

Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4	5

1. Depuis la dernière rencontre, à quelle fréquence...

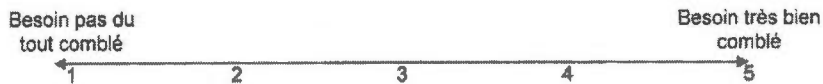
- 1.1. Avez-vous **parlé** à vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) de vos réactions en lien avec l'événement? _____
- 1.2. Vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) vous ont-ils **fait sentir apprécié(e)**?

- 1.3. Vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) vous ont-ils apporté des **conseils** (*donner des exemples*) pour vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?

- 1.4. Vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) vous ont-ils apporté une **aide tangible** (*donner des exemples*) pour vous aider par rapport à vos réactions en lien avec l'événement?

- 1.5. Vous êtes-vous **changé les idées** en compagnie de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) (par exemple, faire des sorties, du sport, relaxer, avoir du plaisir ou pour jaser de choses et d'autres)? _____ N/A N/A

Pour les prochaines questions, demander au participant de répondre avec l'échelle 2.



Expliquer au participant ce qu'on entend par un besoin comblé. Un besoin est très bien comblé dans la mesure où il n'y a pas d'écart entre ce que vous ressentez comme besoin de soutien (en quantité et en qualité) et ce que vous recevez réellement comme soutien.

2. Depuis la dernière rencontre, à quel point ressentez-vous que votre besoin a été comblé ...

- 2.1. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme écoute et comme compréhension de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)?

- 2.2. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme marque d'appréciation à votre égard de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)?

- 2.3. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme aide au niveau des conseils de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) pour vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?

- 2.4. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme aide tangible pour vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)?

- 2.5. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme soutien pour vous changer les idées de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)?
 _____ N/A N/A

Pour les prochaines questions, demander au participant de répondre avec l'**échelle 3**.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4	5

3. Depuis la dernière rencontre, j'ai un ou plusieurs de mes (proches) (collègues) (supérieur immédiat)
(autres supérieurs)...

- 3.1. À qui je pourrais facilement me **confier**, **parler** de mes réactions en lien avec l'événement si j'en ressentais le besoin. _____
- 3.2. De qui je me **sens apprécié(e)**. _____
- 3.3. Sur qui je pourrais compter pour me donner des **conseils** pour m'aider à gérer mes difficultés en lien avec l'événement si j'en ressentais le besoin. _____
- 3.4. Sur qui je pourrais compter pour m'apporter une **aide tangible** pour m'aider à gérer mes difficultés en lien avec l'événement si j'en ressentais le besoin.

- 3.5. Sur qui je pourrais compter pour me **changer les idées** (par exemple : pour sortir, pour faire du sport, pour relaxer, pour avoir du plaisir ou jaser de choses et d'autres) si j'en ressentais le besoin.
_____ N/A N/A

Pour les prochaines questions, demander au participant de répondre avec l'échelle 1.

Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4	5

4. Depuis la dernière rencontre, à quelle fréquence vous êtes-vous **senti** ...

- 4.1. Jugé(e) **négativement** par vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) par rapport à vos interventions en lien avec l'événement?

- 4.2. Jugé(e) **négativement** par vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) dans votre façon de gérer vos réactions en lien avec l'événement?

- 4.3. Délaissé(e) par vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) parce qu'ils ne vous ont pas démontré autant d'attention et d'intérêt (ex. encouragement) que vous l'auriez souhaité?

Depuis la dernière rencontre, à quelle fréquence vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)...

- 4.4. Vous ont-ils donné l'impression qu'ils **ne voulaient pas entendre parler** de vos réactions en lien avec l'événement?

- 4.5. Ont-ils semblé **inconfortables ou impatients** lorsque vous parliez de vos réactions en lien avec l'événement?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.1 est cotée « Jamais »
- 4.6. Se sont-ils **plaints de leurs propres problèmes** alors que vous vouliez parler de vos réactions en lien avec l'événement?

- 4.7. Ont-ils semblé **ne pas comprendre** vos réactions en lien avec l'événement ?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.1 est cotée « Jamais »
- 4.8. Ont-ils **minimisé ou banalisé** vos réactions en lien avec l'événement?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.1 est cotée « Jamais »
- 4.9. Vous ont-ils donné des conseils ou de l'information que vous croyez nuisibles ou qui auraient pu vous nuire au lieu de vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.3 est cotée « Jamais »
- 4.10. Se sont-ils **plaints** ou ont-ils semblés **impatients** d'avoir à vous aider en vous fournissant des **conseils** pour vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.3 est cotée « Jamais »

- 4.11. Ont-ils **évit**é ou **refus**é de vous apporter une **aide tangible** ou se sont-ils **plaints** ou ont-ils semblés **impatients** d'avoir à vous apporter une aide tangible quelconque afin de vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?

- 4.12. Ont-ils semblé vouloir **éviter d'être en votre compagnie** ou ont semblé **ne pas aimer être en votre compagnie**?

- 4.13. Ont-ils (sans nécessairement vouloir être méchants) fait des **blagues** ou passé des **commentaires** en lien avec l'événement qui vous ont dérangé(e)?

Code confidentiel : _____

Questionnaires à remplir **après la deuxième entrevue.**

CONSIGNES

Nous apprécierions si vous pouviez compléter les questionnaires suivants.

Veuillez lire attentivement les consignes qui sont indiquées au début de chaque questionnaire. Tout événement mentionné dans les questionnaires se réfère à l'événement _____ dont nous avons parlé lors de l'entrevue. Les questionnaires peuvent faire référence à des périodes de temps différentes (ex. « Au cours des deux dernières semaines », « Au cours du dernier mois » ...), il faut donc se fier aux consignes particulières pour chaque questionnaire.

Vous pourrez constater qu'il s'agit souvent des mêmes questions qui vous ont déjà été posées auparavant. Cela est volontaire de notre part car nous voulons connaître votre état et vos impressions à différents moments dans le temps. Vos réponses peuvent être les mêmes comme elles peuvent être différentes de la dernière fois.

Les questions doivent être complétées seul, c'est-à-dire sans informations supplémentaires de la part de votre entourage.

Il est important de répondre à toutes les questions (recto et verso de toutes les pages). Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Soyez assuré que vos données resteront strictement confidentielles, personne en dehors du personnel de notre équipe de recherche n'aura accès à celles-ci.

Dès que vous aurez complété le questionnaire, veuillez nous le retourner par la poste dans l'enveloppe pré-adressée et pré-affranchie.

Merci de votre collaboration!

Inscrivez ici la date à laquelle vous répondez aux questions :

Jour/Mois/Année : _____

Dans les questionnaires suivants, le genre masculin est employé dans son sens générique et n'implique aucune discrimination fondée sur le sexe.

EMST

Le but de ce questionnaire est de mesurer la fréquence et la sévérité des symptômes dans les 2 dernières semaines. Utilisez l'échelle de fréquence pour encircler la fréquence des symptômes dans la colonne située à gauche de chacun des énoncés. Ensuite, à l'aide de l'échelle de sévérité, encerclez la lettre qui correspond le mieux à la sévérité de chacun des énoncés.

Fréquence :

- 0 Pas du tout
- 1 Une fois par semaine au moins/
un petit peu/
une fois de temps en temps
- 2 2 à 4 fois par semaine/ assez/
la moitié du temps
- 3 5 fois ou plus par semaine/ beaucoup
presque toujours

Sévérité :

- A Pas du tout perturbant
- B Un peu perturbant
- C Modérément perturbant
- D Beaucoup perturbant
- E Extrêmement perturbant

Fréquence				Énoncés	Sévérité				
Pas du tout ... Presque toujours					Pas du toutExtrêmement perturbant				
0	1	2	3	1. Avez-vous eu des pensées ou des souvenirs pénibles récurrents ou intrusifs concernant l'événement? (répétitifs et envahissants)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	2. Avez-vous eu et continuez-vous à avoir de mauvais rêves ou des cauchemars concernant l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	3. Avez-vous vécu l'expérience de soudainement revivre l'événement, d'avoir un retour en arrière, d'agir ou de sentir que celui-ci se reproduisait?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	4. Avez-vous été perturbé et continuez-vous à être perturbé de façon intense ÉMOTIONNELLEMENT lorsqu'on vous rappelait l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	5. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les pensées et les sentiments associés à l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	6. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les activités, les situations ou les endroits qui vous remémorent l'événement?	A	B	C	D	E

Fréquence :

- 0 Pas du tout
- 1 Une fois par semaine au moins/
un petit peu/
une fois de temps en temps
- 2 2 à 4 fois par semaine/ assez/
la moitié du temps
- 3 5 fois ou plus par semaine/ beaucoup
presque toujours

Sévérité :

- A Pas du tout perturbant
- B Un peu perturbant
- C Modérément perturbant
- D Beaucoup perturbant
- E Extrêmement perturbant

Fréquence				Énoncés	Sévérité				
Pas du tout ... Presque toujours					Pas du toutExtrêmement perturbant				
0	1	2	3	7. Y a-t-il des aspects importants de l'événement dont vous ne pouvez toujours pas vous rappeler?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	8. Avez-vous perdu de façon marquée vos intérêts pour vos loisirs depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	9. Vous êtes vous senti détaché ou coupé des gens autour de vous depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	10. Avez-vous senti que votre capacité à ressentir vos émotions a diminué? (ex. : incapable d'avoir des sentiments amoureux, sentiment d'être sans émotion, incapacité à pleurer lorsque triste, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	11. Avez-vous perçu que vos plans ou vos espoirs futurs ont changés en raison de l'événement? (ex. : plus de carrière, mariage, enfants, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	12. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés à vous endormir ou à rester endormi?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	13. Avez-vous été et continuez-vous d'être constamment irritable ou porter à éclater soudainement de colère?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	14. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistantes à vous concentrer?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	15. Êtes-vous excessivement en état d'alerte depuis l'événement (ex. vérifier qui est autour de vous, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	16. Avez-vous été plus nerveux, plus facilement effrayé depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	17. Avez-vous des réactions PHYSIQUES intenses lorsqu'on vous rappelle l'événement? (ex. : sueurs, palpitation, etc.)	A	B	C	D	E



Date:

année / mois / jour

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.



THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION®

Harcourt Brace & Company, Canada

TORONTO

Londres • San Antonio • Sydney



Copyright © 1997 par Aaron T. Beck

Tous droits réservés. Toute reproduction ou transmission, même partielle, de cet ouvrage par quelque procédé que ce soit, électronique, mécanique ou autre, y compris la photocopie, les bandes magnétiques et les systèmes d'emménagement et d'extrusion de l'information, sans la permission écrite de l'éditeur, est interdite. Imprimé au Canada.

Verso

0-7747-5230-0

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.

1a Je dors un peu plus que d'habitude.

1b Je dors un peu moins que d'habitude.

2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.

2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.

3a Je dors presque toute la journée.

3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.

1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.

1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.

2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.

2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.

3a Je n'ai pas d'appétit du tout.

3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

ISP

Consignes: Tout d'abord, veuillez identifier votre **proche qui était le plus significatif** dans votre vie **au cours des quelques semaines qui se sont écoulées entre la première et la deuxième entrevue**. Inscrive son prénom ainsi que le lien que vous aviez avec lui (conjoint, partenaire de travail, parent, ami, etc.).

Prénom: _____ Lien: _____

Quand cette personne vous aide à gérer vos difficultés liées au stress, il(elle) peut adopter différents types de comportements ou d'attitudes. Les énoncés ci-bas sont des réactions possibles de sa part quand vous vous sentiez stressé(e) après l'événement. À l'aide de l'échelle suivante, veuillez évaluer À QUELLE FRÉQUENCE votre proche le plus significatif a répondu de cette façon **au cours des quelques semaines qui se sont écoulées entre la première et la deuxième entrevue**.

- 1 = N'a jamais répondu de cette façon
- 2 = A rarement répondu de cette façon
- 3 = A parfois répondu de cette façon
- 4 = A souvent répondu de cette façon

Veuillez évaluer à quelle fréquence, au cours des quelques semaines qui se sont écoulées entre la première et la deuxième entrevue (inscrire le prénom du proche)

- _____ 1. A semblé impatient(e) avec vous.
- _____ 2. A semblé fâché(e) ou irrité(e) avec vous quand il(elle) a fait des choses pour vous aider.
- _____ 3. A semblé ne pas aimer être en votre présence.
- _____ 4. Vous a fait attendre longtemps pour de l'aide quand vous en aviez besoin.
- _____ 5. A évité d'être en votre présence quand vous ne vous sentiez pas bien.
- _____ 6. A fait voir qu'il(elle) ne voulait réellement pas parler de vos difficultés liées au stress.
- _____ 7. A crié ou hurlé après vous.
- _____ 8. N'a pas semblé respecter vos sentiments.
- _____ 9. S'est plaint de vos difficultés liées au stress ou d'avoir à vous aider avec une tâche que vous trouviez difficile à faire par vous-même.

- 1 = N'a jamais répondu de cette façon
 2 = A rarement répondu de cette façon
 3 = A parfois répondu de cette façon
 4 = A souvent répondu de cette façon

- _____ 10. A semblé inconfortable de vous parler au sujet de vos difficultés liées au stress.
- _____ 11. A critiqué la façon dont vous gériez vos difficultés liées au stress.
- _____ 12. A semblé moins acceptant(e) envers vous parce que vous avez des difficultés liées au stress.
- _____ 13. N'a pas été émotivement supportant(e) pour vous alors que vous vous attendiez à recevoir un peu de support.
- _____ 14. A plaisanté et tenté de vous remonter le moral.
- _____ 15. A demandé comment vous vous sentiez.
- _____ 16. Vous a demandé de faire une activité pour vous changer les idées.
- _____ 17. Vous a fait savoir qu'il(elle) serait toujours dans les alentours si vous aviez besoin d'aide.
- _____ 18. A dit que vos émotions étaient normales pour quelqu'un qui avait des difficultés liées au stress.
- _____ 19. Vous a consolé en vous démontrant de l'affection physique.
- _____ 20. Était à vos côtés dans les moments stressants de vos difficultés liées au stress.
- _____ 21. A exprimé de l'intérêt ou du souci au sujet de votre bien-être.
- _____ 22. A initié des discussions au sujet de vos difficultés liées au stress.
- _____ 23. A suggéré des conduites que vous devriez prendre.
- _____ 24. A fait des tâches ménagères ou des courses que vous trouviez difficiles à faire.

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

Échelle de Croyances (Janoff-Bulman, 1989)

En utilisant l'échelle ci-dessous, choisissez le chiffre qui représente le mieux votre accord ou votre désaccord avec chacun des énoncés. Veuillez répondre le plus franchement possible. Merci.

Fortement en désaccord avec l'énoncé	Modérément en désaccord avec l'énoncé	Légèrement en désaccord avec l'énoncé	Légèrement en accord avec l'énoncé	Modérément en accord avec l'énoncé	Fortement en accord avec l'énoncé
1	2	3	4	5	6

Que pensez-vous de chacun des énoncés... (Encerlez le chiffre correspondant)	Fortement en désaccord avec l'énoncé					Fortement d'accord avec l'énoncé
1. Le malheur est moins à même de frapper les gens s'ils sont respectables et honnêtes.....1	2	3	4	5	6	
2. Les gens sont naturellement hostiles et méchants1	2	3	4	5	6	
3. Les malheurs sont répartis au hasard parmi les gens1	2	3	4	5	6	
4. La nature humaine est foncièrement bonne.....1	2	3	4	5	6	
5. Le nombre de bonnes choses qui se produisent dans ce monde dépasse de beaucoup le nombre de mauvaises1	2	3	4	5	6	
6. Le cours de nos vies est largement déterminé par le hasard.....1	2	3	4	5	6	
7. Généralement, les gens méritent ce qui leur arrive dans ce monde.....1	2	3	4	5	6	
8. Je pense souvent que je ne vauds rien du tout.....1	2	3	4	5	6	
9. Il y a plus de bon que de mauvais dans ce monde.....1	2	3	4	5	6	
10. Je suis fondamentalement une personne chanceuse.....1	2	3	4	5	6	
11. Les malheurs des gens résultent des erreurs qu'ils ont commises.....1	2	3	4	5	6	
12. Les gens ne se préoccupent pas vraiment de ce qui arrive aux autres.....1	2	3	4	5	6	
13. Je me comporte habituellement de façon à augmenter les résultats positifs en ma faveur.....1	2	3	4	5	6	
14. Les gens auront de la chance s'ils sont eux-mêmes bons.....1	2	3	4	5	6	

Que pensez-vous de chacun des énoncés ... (Encerclez le chiffre correspondant)	Fortement en désaccord avec l'énoncé				Fortement d'accord avec l'énoncé
15. La vie comporte trop d'incertitudes qui sont déterminées par le hasard.....1	2	3	4	5	6
16. Quand j'y pense, je me trouve très chanceux (se)1	2	3	4	5	6
17. Je fais presque toujours des efforts pour éviter que des malheurs m'arrivent1	2	3	4	5	6
18. J'ai une faible opinion de moi-même.....1	2	3	4	5	6
19. Dans l'ensemble, les gens "biens" récoltent ce qu'ils méritent dans ce monde.....1	2	3	4	5	6
20. Par nos actions, nous pouvons empêcher les malheurs de nous arriver.....1	2	3	4	5	6
21. En considérant ma vie, je me rends compte que le hasard a joué en ma faveur.....1	2	3	4	5	6
22. Si les gens prenaient des précautions, la plupart des malheurs pourraient être évités.....1	2	3	4	5	6
23. Je prends les mesures nécessaires pour me protéger du malheur.....1	2	3	4	5	6
24. En général, la vie est principalement un jeu de hasard.....1	2	3	4	5	6
25. Le monde est un bon endroit.....1	2	3	4	5	6
26. Les gens sont foncièrement bons et serviables.....1	2	3	4	5	6
27. Je me comporte habituellement de manière à ce que cela me rapporte le plus de bonnes choses.....1	2	3	4	5	6
28. Je suis très satisfait(e) de genre de personne que je suis.....1	2	3	4	5	6
29. Quand des malheurs arrivent, c'est typiquement parce que les gens n'ont pas pris les mesures nécessaires pour se protéger.....1	2	3	4	5	6
30. Si vous regardez d'assez près, vous constaterez que le monde est plein de bonté.....1	2	3	4	5	6
31. J'ai des raisons d'avoir honte de mon caractère.....1	2	3	4	5	6
32. Je suis plus chanceux(se) que la plupart des gens.1	2	3	4	5	6

Traduction du *World Assumptions Scale*; (Janoff-Bulman, 1989) Laboratoire d'Étude du Trauma, UQAM

APPENDICE H
ENTREVUE ET QUESTIONNAIRES (TEMPS 3)

ÉTUDE PROSPECTIVE

Entrevue pour policiers et policières au

Temps 3 : 3 mois après l'événement
(92 à 99 jours après l'événement)

Code confidentiel : _____

Date de l'entrevue : _____

Nom de l'évaluateur : _____

*Nombre de jours écoulés entre l'événement
et l'entrevue : _____ jours*

TSPT

(pour l'événement marquant principal)

Maintenant nous allons revenir à l'événement qui fait l'objet de notre étude (nommer l'événement).

Je vais vous poser des questions pour connaître vos réactions à cet événement au cours du dernier mois.

Commencer l'enregistrement....

Si le participant a mentionné n'avoir vécu aucune des six émotions depuis la première entrevue, vérifier à nouveau le Cx A2 et encadrer les émotions vécues s'il y en a.

A. Le sujet a été exposé à un ou plusieurs événements traumatisants répondant aux critères suivants :

1) Événement traumatisant que le sujet a vécu ou dont il a été témoin et au cours duquel il y a eu mort ou menace de mort ou de blessures sérieuses ou au cours duquel la santé du sujet ou celle d'autres personnes a été menacée. ? 1 2 3

2) Événement au cours duquel le sujet a éprouvé une très grande peur ou un vif sentiment d'horreur, d'impuissance, de colère, de honte ou de culpabilité. ? 1 2 3

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence...
Vérifier la fréquence et l'intensité par semaine.

B. L'incident est constamment revécu d'une ou plusieurs façons.

Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine.
Intensité minimum : modérée.

Avez-vous pensé malgré vous à l'incident ou le souvenir de l'incident vous est-il venu à l'esprit tout à coup, sans que vous l'ayez souhaité?

1) Souvenirs répétitifs et envahissants.

images ou pensées provoquant détresse TSPT ? 1 2 3

Y avez-vous rêvé?

2) Rêves répétitifs provoquant détresse TSPT ? 1 2 3

Vous est-il arrivé d'agir ou de vous sentir comme si vous étiez en train de revivre l'incident?

3) Illusions, flash-back récurrents comme

si l'événement allait se reproduire, TSPT ? 1 2 3

sentiment de revivre l'événement

Vous est-il arrivé d'être très bouleversé quand quelque chose vous rappelait l'incident?

4) Sentiment de détresse lorsqu'exposé

à des signaux évoquant des aspects de TSPT ? 1 2 3

l'événement ou symbolisant celui-ci

<p>Vous est-il arrivé d'éprouver des sx physiques - vous mettre à transpirer abondamment ou à respirer de façon laborieuse ou irrégulière ou encore de sentir votre coeur battre très fort?</p>	<p>5) Réactions physiologiques aux signaux internes ou externes évoquant l'événement TSPT</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Au cours du dernier mois, à quelle fréquence... <i>Vérifier la fréquence et l'intensité par semaine.</i></p>	<p>TSPT: AU MOINS 1 SX EST COTÉ "3". ___/5</p>	<p>? 1 3</p>
<p>Avez-vous fait votre possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé?</p>	<p>C. Évitement persistant des stimuli associés à l'incident <i>Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine. Intensité minimum : modérée.</i></p>	
<p>Avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet incident?</p>	<p>1) efforts pour éviter pensées, sentiments ou conversations TSPT associés au traumatisme</p>	<p>? 1 2 3</p>
	<p>2) efforts pour éviter activités, lieux ou personnes qui éveillent des souvenirs TSPT du traumatisme</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Avez-vous été incapable de vous rappeler certains détails important de ce qui était arrivé? <i>Fréquence min. : Quelques aspects oubliés (20-30%). Intensité minimum : modérée.</i></p>	<p>Émoussement de la réactivité générale 3) incapacité de se rappeler un TSPT aspect important du traumatisme</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Avez-vous ressenti beaucoup moins d'intérêt pour des activités qui vous tenaient à coeur auparavant, comme rencontrer vos amis, lire, regarder la télévision? <i>Fréquence min. : Quelques activités (20-30%). Intensité minimum : modérée.</i></p>	<p>4) réduction nette de l'intérêt pour TSPT des activités ayant une valeur significative ou de la participation à de telles activités</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Vous êtes-vous senti détaché ou dépourvu de liens avec les autres? <i>Fréquence min. : Un certain temps (20-30%). Intensité minimum : modérée.</i></p>	<p>5) sentiment de détachement ou TSPT d'éloignement à l'égard des autres</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Vous êtes-vous senti comme engourdi, comme si vous n'éprouviez plus grand-chose pour qui que ce soit ou pour quoi que ce soit? <i>Fréquence min. : Un certain temps (20-30%). Intensité minimum : modérée.</i></p>	<p>6) restriction des affects TSPT (incapacité à éprouver de l'amour ou de l'affection)</p>	<p>? 1 2 3</p>

<p>Aviez-vous l'impression que vous ne voyiez plus l'avenir de la même façon, que vos projets ont changé? (de manière négative) <i>Fréquence min. : Un certain temps (20-30%).</i> <i>Intensité minimum : modérée.</i></p>	<p>7) sentiments que l'avenir est "bouché" (penser ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants ou vivre longtemps)</p>	TSPT	?	1	2	3
<p>TSPT AU MOINS 3 DES 7 SX SONT COTÉS "3". <u> 7 </u></p>			1	2	3	
<p>Au cours du dernier mois, à quelle fréquence... <i>Vérifier la fréquence et l'intensité par semaine.</i></p>	<p>D. Symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) <i>Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine.</i> <i>Intensité minimum : modérée.</i></p>					
<p>Avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir? (quel genre de difficultés?)</p>	<p>1) difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu</p>	TSPT	?	1	2	3
<p>Vous-êtes vous montré plus irritable qu'avant? Plus colérique?</p>	<p>2) irritabilité ou accès de colère</p>	TSPT	?	1	2	3
<p>Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer?</p>	<p>3) difficultés de concentration</p>	TSPT	?	1	2	3
<p>Aviez-vous tendance à rester sur vos gardes, à être plus méfiant, même quand vous n'aviez aucune raison de l'être?</p>	<p>4) hypervigilance</p>	TSPT	?	1	2	3
<p>Avez-vous plus tendance à sursauter, par exemple, à la suite d'un bruit soudain?</p>	<p>5) réaction de sursaut exagérée</p>	TSPT	?	1	2	3
<p>TSPT AU MOINS 2 SX SONT COTÉS "3". <u> 5 </u></p>			?	1	2	3

Au cours du dernier mois ...	F. Fonctionnement diminué	TSPT	? 1 2 3
Votre qualité de vie a-t-elle changé (par rapport à avant l'événement)?			
Est-ce que au cours du dernier mois, votre fonctionnement était diminué dans certains domaines importants de votre vie? Lesquels?			
G. Durée des symptômes			
Combien de temps ont duré les difficultés dont on vient de parler? _____	Symptômes dure pendant plus d'1 mois	TSPT	? 1 2 3
Elle n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref et elle n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou II			
H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (drogue ou médicament) ou à une maladie.			
		TSPT	? 1 2 3
LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES			
SONT COTÉS "3"		TSPT	? 1 2 3
Arrêter l'enregistrement...			

Si le **Dx** est coté 2, alors indiquer s'il y a un **Dx partiel** : Oui () Non ()

Dx partiel : 1 Sx de B coté 3 + 1 Sx de C coté 3 + 1 Sx de D coté 3

ou

1 Sx de B coté 3 + 2 Sx de D coté 3

Si le **Dx** est coté 3, alors indiquer si le TSPT est :

1. **Aigu** : Les Sx ont duré entre 1 et 3 mois
2. **Chronique** : Les Sx ont duré plus de 3 mois
3. ~~À survenue différée : Les Sx apparaissent après 6 mois~~

CHRONOLOGIE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous ...
(SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE)

Le sujet a éprouvé des symptômes répondant ? 1 3
aux critères de l'état de stress post-
traumatique au cours du dernier mois.

Si 3, alors encrer le degré de **sévérité** du TSPT:

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

Si 1, le sujet ne répond pas complètement présentement (ou pas du tout) aux critères de TSPT (encerler le degré de rémission):

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de l'état de stress post-traumatique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble.
6. Antécédents d'état de stress post-traumatique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DE
L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)
pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les
derniers symptômes d'état de stress
post-traumatique : _____

Entrevue semi-structurée sur la perception du soutien social (EPSS)

Instructions à l'évaluateur en italique.

Les questions suivantes portent sur le soutien que vous avez reçu depuis la dernière rencontre (donc au cours des deux derniers mois). Pour chaque question, vous devez répondre concernant :

- 1) Le soutien reçu de la part d'un ou de plusieurs de vos proches que vous fréquentez en dehors du travail (ex. conjoint(e), époux (se), ami(e)s, membre(s) de votre famille).
- 2) Le soutien reçu de la part d'un ou de plusieurs de vos collègues de travail.
- 3) Le soutien reçu de la part de votre supérieur immédiat (1^{er} échelon supérieur).
- 4) Le soutien reçu de la part d'un ou de plusieurs des supérieurs de votre supérieur immédiat (2^e échelon supérieur).

Titre de votre **supérieur immédiat** (ex. sergent) : _____

Titre du **2^e échelon supérieur** (ex. lieutenant/commandant) : _____

Avant de commencer, veuillez préciser au policier ou à la policière que les questions sont formulées au pluriel (vos proches, vos collègues, etc.) mais qu'il peut s'agir que d'un seul proche ou d'un seul collègue de travail qui lui a apporté le soutien en question. Ceci est dans le but d'alléger le texte.

Veuillez présenter au policier ou à la policière les feuilles contenant le dessin des différentes échelles. Mentionnez-lui qu'à chaque bloc de questions que vous lui poserez, vous lui préciserez avec quelle échelle il ou elle doit répondre.

Inscrire la réponse du policier (chiffre de l'échelle) sur chaque ligne _____. La première ligne doit toujours contenir la réponse pour les proches en dehors du travail, la deuxième pour les collègues de travail, la troisième pour le supérieur immédiat et la quatrième pour les supérieurs du supérieur immédiat.

Veuillez écrire sur ce questionnaire toute autre information pertinente même s'il n'y a pas de question qui demande cette information.

*Pour les questions qui portent sur le **soutien informationnel (conseils)**, veuillez donner au policier les exemples suivants :*

- vous suggérer des conduites que vous devriez prendre;
- vous informer de certaines ressources disponibles qui pourraient vous aider;
- vous donner de l'information qui vous aide à mieux comprendre votre situation;
- vous aider à prendre certaines décisions;
- vous présenter différentes options possibles pour résoudre les suites de l'événement.

*Pour les questions qui portent sur l'**aide tangible**, veuillez donner au policier les exemples suivants:*

- Pour les proches et les **collègues** de travail :
 - faire des tâches ou des commissions à votre place, vous prêter de l'argent ou des biens matériels, vous aider à vous déplacer ou vous accompagner à des rendez-vous.
- Pour les **supérieurs** :
 - vous proposer un réaménagement de vos tâches de travail
 - vous suggérer un congé.

Pour les prochaines questions, demander au participant de répondre avec l'**échelle 1**.

Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4	5

1. Depuis la dernière rencontre, à quelle fréquence...

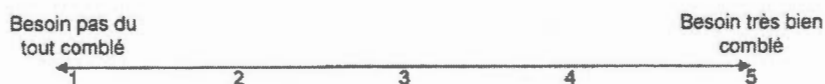
- 1.1. Avez-vous **parlé** à vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) de vos réactions en lien avec l'événement? _____
- 1.2. Vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) vous ont-ils **fait sentir apprécié(e)**?

- 1.3. Vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) vous ont-ils apporté des **conseils** (*donner des exemples*) pour vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?

- 1.4. Vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) vous ont-ils apporté une **aide tangible** (*donner des exemples*) pour vous aider par rapport à vos réactions en lien avec l'événement?

- 1.5. Vous êtes-vous **changé les idées** en compagnie de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) (par exemple, faire des sorties, du sport, relaxer, avoir du plaisir ou pour jaser de choses et d'autres)? _____ N/A N/A

Pour les prochaines questions, demander au participant de répondre avec l'**échelle 2**.



Expliquer au participant ce qu'on entend par un besoin comblé. Un besoin est très bien comblé dans la mesure où il n'y a pas d'écart entre ce que vous ressentez comme besoin de soutien (en quantité et en qualité) et ce que vous recevez réellement comme soutien.

2. Depuis la dernière rencontre, à quel point ressentez-vous que votre besoin a été comblé ...

- 2.1. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme **écoute** et comme **compréhension** de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)?

- 2.2. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme **marque d'appréciation à votre égard** de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)?

- 2.3. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme aide au niveau des **conseils** de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) pour vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?

- 2.4. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme **aide tangible** pour vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)?

- 2.5. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme soutien pour vous **changer les idées** de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)?
 _____ N/A N/A

Pour les prochaines questions, demander au participant de répondre avec l'**échelle 3**.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4	5

3. Depuis la dernière rencontre, j'ai un ou plusieurs de mes (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)...

- 3.1. À qui je pourrais facilement me **confier**, **parler** de mes réactions en lien avec l'événement si j'en ressentais le besoin. _____
- 3.2. De qui je me **sens apprécié(e)**. _____
- 3.3. Sur qui je pourrais compter pour me donner des **conseils** pour m'aider à gérer mes difficultés en lien avec l'événement si j'en ressentais le besoin. _____
- 3.4. Sur qui je pourrais compter pour m'apporter une **aide tangible** pour m'aider à gérer mes difficultés en lien avec l'événement si j'en ressentais le besoin.

- 3.5. Sur qui je pourrais compter pour me **changer les idées** (par exemple : pour sortir, pour faire du sport, pour relaxer, pour avoir du plaisir ou jaser de choses et d'autres) si j'en ressentais le besoin.
_____ N/A N/A

Pour les prochaines questions, demander au participant de répondre avec l'**échelle 1**.

Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4	5

4. Depuis la dernière rencontre, à quelle fréquence vous êtes-vous **senti** ...

- 4.1. Jugé(e) **négativement** par vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) par rapport à vos interventions en lien avec l'événement?

- 4.2. Jugé(e) **négativement** par vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) dans votre façon de gérer vos réactions en lien avec l'événement?

- 4.3. **Délaissé(e)** par vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) parce qu'ils ne vous ont pas démontré autant d'attention et d'intérêt (ex. encouragement) que vous l'auriez souhaité?

Depuis la dernière rencontre, à quelle fréquence vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)...

- 4.4. Vous ont-ils donné l'impression qu'ils **ne voulaient pas entendre parler** de vos réactions en lien avec l'événement?

- 4.5. Ont-ils semblé **inconfortables ou impatients** lorsque vous parliez de vos réactions en lien avec l'événement?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.1 est cotée « Jamais »
- 4.6. Se sont-ils **plaints de leurs propres problèmes** alors que vous vouliez parler de vos réactions en lien avec l'événement?

- 4.7. Ont-ils semblé **ne pas comprendre** vos réactions en lien avec l'événement ?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.1 est cotée « Jamais »
- 4.8. Ont-ils **minimisé ou banalisé** vos réactions en lien avec l'événement?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.1 est cotée « Jamais »
- 4.9. Vous ont-ils donné des conseils ou de l'information que vous croyez nuisibles ou qui auraient pu vous nuire au lieu de vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.3 est cotée « Jamais »
- 4.10. Se sont-ils **plaints** ou ont-ils semblés **impatients** d'avoir à vous aider en vous fournissant des **conseils** pour vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.3 est cotée « Jamais »

4.11. Ont-ils **évit**é ou **refus**é de vous apporter une **aide tangible** ou se sont-ils **plaints** ou ont-ils semblés **impatients** d'avoir à vous apporter une aide tangible quelconque afin de vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?

4.12. Ont-ils semblé vouloir **éviter d'être en votre compagnie** ou ont semblé **ne pas aimer être en votre compagnie**?

4.13. Ont-ils (sans nécessairement vouloir être méchants) fait des **blagues** ou passé des **commentaires** en lien avec l'événement qui vous ont dérangé(e)?

Code confidentiel : _____

Questionnaires à remplir **après la troisième entrevue.**

CONSIGNES

Nous apprécierions si vous pouviez compléter les questionnaires suivants.

Veuillez lire attentivement les consignes qui sont indiquées au début de chaque questionnaire. Tout événement mentionné dans les questionnaires se réfère à l'événement _____ dont nous avons parlé lors de l'entrevue. Les questionnaires peuvent faire référence à des périodes de temps différentes (ex. « Au cours des deux dernières semaines », « Au cours du dernier mois » ...), il faut donc se fier aux consignes particulières pour chaque questionnaire.

Vous pourrez constater qu'il s'agit souvent des mêmes questions qui vous ont déjà été posées auparavant. Cela est volontaire de notre part car nous voulons connaître votre état et vos impressions à différents moments dans le temps. Vos réponses peuvent être les mêmes comme elles peuvent être différentes de la dernière fois.

Les questions doivent être complétées seul, c'est-à-dire sans informations supplémentaires de la part de votre entourage.

Il est important de répondre à toutes les questions (recto et verso de toutes les pages). Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Soyez assuré que vos données resteront strictement confidentielles, personne en dehors du personnel de notre équipe de recherche n'aura accès à celles-ci.

Dès que vous aurez complété le questionnaire, veuillez nous le retourner par la poste dans l'enveloppe pré-adressée et pré-affranchie.

Merci de votre collaboration!

Inscrivez ici la date à laquelle vous répondez aux questions :
Jour/Mois/Année : _____

Dans les questionnaires suivants, le genre masculin est employé dans son sens générique et n'implique aucune discrimination fondée sur le sexe.

EMST

Le but de ce questionnaire est de mesurer la fréquence et la sévérité des symptômes dans les 2 dernières semaines. Utilisez l'échelle de fréquence pour encircler la fréquence des symptômes dans la colonne située à gauche de chacun des énoncés. Ensuite, à l'aide de l'échelle de sévérité, encerclez la lettre qui correspond le mieux à la sévérité de chacun des énoncés.

Fréquence :

- 0 Pas du tout
- 1 Une fois par semaine au moins/
un petit peu/
une fois de temps en temps
- 2 2 à 4 fois par semaine/ assez/
la moitié du temps
- 3 5 fois ou plus par semaine/ beaucoup
presque toujours

Sévérité :

- A Pas du tout perturbant
- B Un peu perturbant
- C Modérément perturbant
- D Beaucoup perturbant
- E Extrêmement perturbant

Fréquence				Énoncés	Sévérité				
Pas du tout ... Presque toujours					Pas du tout Extrêmement perturbant				
0	1	2	3	1. Avez-vous eu des pensées ou des souvenirs pénibles récurrents ou intrusifs concernant l'événement? (répétitifs et envahissants)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	2. Avez-vous eu et continuez-vous à avoir de mauvais rêves ou des cauchemars concernant l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	3. Avez-vous vécu l'expérience de soudainement revivre l'événement, d'avoir un retour en arrière, d'agir ou de sentir que celui-ci se reproduisait?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	4. Avez-vous été perturbé et continuez-vous à être perturbé de façon intense ÉMOTIONNELLEMENT lorsqu'on vous rappelait l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	5. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les pensées et les sentiments associés à l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	6. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les activités, les situations ou les endroits qui vous remémorent l'événement?	A	B	C	D	E

Fréquence :

- 0 Pas du tout
- 1 Une fois par semaine au moins/
un petit peu/
une fois de temps en temps
- 2 2 à 4 fois par semaine/ assez/
la moitié du temps
- 3 5 fois ou plus par semaine/ beaucoup
presque toujours

Sévérité :

- A Pas du tout perturbant
- B Un peu perturbant
- C Modérément perturbant
- D Beaucoup perturbant
- E Extrêmement perturbant

Fréquence				Énoncés	Sévérité				
Pas du tout ... Presque toujours					Pas du tout Extrêmement perturbant				
0	1	2	3	7. Y a-t-il des aspects importants de l'événement dont vous ne pouvez toujours pas vous rappeler?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	8. Avez-vous perdu de façon marquée vos intérêts pour vos loisirs depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	9. Vous êtes vous senti détaché ou coupé des gens autour de vous depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	10. Avez-vous senti que votre capacité à ressentir vos émotions a diminué? (ex. : incapable d'avoir des sentiments amoureux, sentiment d'être sans émotion, incapacité à pleurer lorsque triste, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	11. Avez-vous perçu que vos plans ou vos espoirs futurs ont changés en raison de l'événement? (ex. : plus de carrière, mariage, enfants, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	12. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés à vous endormir ou à rester endormi?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	13. Avez-vous été et continuez-vous d'être constamment irritable ou porter à éclater soudainement de colère?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	14. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistantes à vous concentrer?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	15. Êtes-vous excessivement en état d'alerte depuis l'événement (ex. vérifier qui est autour de vous, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	16. Avez-vous été plus nerveux, plus facilement effrayé depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	17. Avez-vous des réactions PHYSIQUES intenses lorsqu'on vous rappelle l'événement? (ex. : sueurs, palpitation, etc.)	A	B	C	D	E



Date:

année / mois / jour

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION®
Harcourt Brace & Company, Canada
TORONTO
London • San Antonio • Sydney



Copyright © 1997 par Aaron T. Beck
Tous droits réservés. Toute reproduction ou transmission, même partielle, de cet ouvrage par quelque procédé que ce soit, électronique, mécanique ou autre, y compris la photocopie, les bandes magnétiques et les systèmes d'enregistrement et d'extraction de l'information, sans la permission écrite de l'éditeur, est interdite. Imprimé au Canada.

Verso

0-7747-5230-0

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

ISP

Consignes: Tout d'abord, veuillez identifier votre proche qui était le plus significatif dans votre vie au cours des deux mois qui se sont écoulés entre la deuxième et la troisième entrevue. Inscrire son prénom ainsi que le lien que vous aviez avec lui (conjoint, partenaire de travail, parent, ami, etc.).

Prénom: _____ Lien: _____

Quand cette personne vous aide à gérer vos difficultés liées au stress, il(elle) peut adopter différents types de comportements ou d'attitudes. Les énoncés ci-bas sont des réactions possibles de sa part quand vous vous sentiez stressé(e) après l'événement. À l'aide de l'échelle suivante, veuillez évaluer À QUELLE FRÉQUENCE votre proche le plus significatif a répondu de cette façon au cours des deux mois qui se sont écoulés entre la deuxième et la troisième entrevue.

- 1 = N'a jamais répondu de cette façon
- 2 = A rarement répondu de cette façon
- 3 = A parfois répondu de cette façon
- 4 = A souvent répondu de cette façon

Veuillez évaluer à quelle fréquence, au cours des deux mois qui se sont écoulés entre la deuxième et la troisième entrevue (inscrire le prénom du proche)

- _____ 1. A semblé impatient(e) avec vous.
- _____ 2. A semblé fâché(e) ou irrité(e) avec vous quand il(elle) a fait des choses pour vous aider.
- _____ 3. A semblé ne pas aimer être en votre présence.
- _____ 4. Vous a fait attendre longtemps pour de l'aide quand vous en aviez besoin.
- _____ 5. A évité d'être en votre présence quand vous ne vous sentiez pas bien.
- _____ 6. A fait voir qu'il(elle) ne voulait réellement pas parler de vos difficultés liées au stress.
- _____ 7. A crié ou hurlé après vous.
- _____ 8. N'a pas semblé respecter vos sentiments.
- _____ 9. S'est plaint de vos difficultés liées au stress ou d'avoir à vous aider avec une tâche que vous trouviez difficile à faire par vous-même.

- 1 = N'a jamais répondu de cette façon
2 = A rarement répondu de cette façon
3 = A parfois répondu de cette façon
4 = A souvent répondu de cette façon

- _____ 10. A semblé inconfortable de vous parler au sujet de vos difficultés liées au stress.
- _____ 11. A critiqué la façon dont vous gériez vos difficultés liées au stress.
- _____ 12. A semblé moins acceptant(e) envers vous parce que vous avez des difficultés liées au stress.
- _____ 13. N'a pas été émotivement supportant(e) pour vous alors que vous vous attendiez à recevoir un peu de support.
- _____ 14. A plaisanté et tenté de vous remonter le moral.
- _____ 15. A demandé comment vous vous sentiez.
- _____ 16. Vous a demandé de faire une activité pour vous changer les idées.
- _____ 17. Vous a fait savoir qu'il(elle) serait toujours dans les alentours si vous aviez besoin d'aide.
- _____ 18. A dit que vos émotions étaient normales pour quelqu'un qui avait des difficultés liées au stress.
- _____ 19. Vous a consolé en vous démontrant de l'affection physique.
- _____ 20. Était à vos côtés dans les moments stressants de vos difficultés liées au stress.
- _____ 21. A exprimé de l'intérêt ou du souci au sujet de votre bien-être.
- _____ 22. A initié des discussions au sujet de vos difficultés liées au stress.
- _____ 23. A suggéré des conduites que vous devriez prendre.
- _____ 24. A fait des tâches ménagères ou des courses que vous trouviez difficiles à faire.

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

Échelle de Croyances (Janoff-Bulman, 1989)

En utilisant l'échelle ci-dessous, choisissez le chiffre qui représente le mieux votre accord ou votre désaccord avec chacun des énoncés. Veuillez répondre le plus franchement possible. Merci.

	Fortement en désaccord avec l'énoncé 1	Modérément en désaccord avec l'énoncé 2	Légèrement en désaccord avec l'énoncé 3	Légèrement en accord avec l'énoncé 4	Modérément en accord avec l'énoncé 5	Fortement en accord avec l'énoncé 6
Que pensez-vous de chacun des énoncés ... (Encerclez le chiffre correspondant)						
1. Le malheur est moins à même de frapper les gens s'ils sont respectables et honnêtes.....1	2	3	4	5	6	
2. Les gens sont naturellement hostiles et méchants1	2	3	4	5	6	
3. Les malheurs sont répartis au hasard parmi les gens1	2	3	4	5	6	
4. La nature humaine est foncièrement bonne.....1	2	3	4	5	6	
5. Le nombre de bonnes choses qui se produisent dans ce monde surpasse de beaucoup le nombre de mauvaises1	2	3	4	5	6	
6. Le cours de nos vies est largement déterminé par le hasard.....1	2	3	4	5	6	
7. Généralement, les gens méritent ce qui leur arrive dans ce monde.....1	2	3	4	5	6	
8. Je pense souvent que je ne vauds rien du tout.....1	2	3	4	5	6	
9. Il y a plus de bon que de mauvais dans ce monde.....1	2	3	4	5	6	
10. Je suis fondamentalement une personne chanceuse.....1	2	3	4	5	6	
11. Les malheurs des gens résultent des erreurs qu'ils ont commises.....1	2	3	4	5	6	
12. Les gens ne se préoccupent pas vraiment de ce qui arrive aux autres.....1	2	3	4	5	6	
13. Je me comporte habituellement de façon à augmenter les résultats positifs en ma faveur.....1	2	3	4	5	6	
14. Les gens auront de la chance s'ils sont eux-mêmes bons.....1	2	3	4	5	6	

Que pensez-vous de chacun des énoncés ... (Encerclez le chiffre correspondant)	Fortement en désaccord avec l'énoncé					Fortement d'accord avec l'énoncé
15. La vie comporte trop d'incertitudes qui sont déterminées par le hasard.....1	2	3	4	5	6	
16. Quand j'y pense, je me trouve très chanceux (se)1	2	3	4	5	6	
17. Je fais presque toujours des efforts pour éviter que des malheurs m'arrivent1	2	3	4	5	6	
18. J'ai une faible opinion de moi-même.....1	2	3	4	5	6	
19. Dans l'ensemble, les gens "biens" récoltent ce qu'ils méritent dans ce monde.....1	2	3	4	5	6	
20. Par nos actions, nous pouvons empêcher les malheurs de nous arriver.....1	2	3	4	5	6	
21. En considérant ma vie, je me rends compte que le hasard a joué en ma faveur.....1	2	3	4	5	6	
22. Si les gens prenaient des précautions, la plupart des malheurs pourraient être évités.....1	2	3	4	5	6	
23. Je prends les mesures nécessaires pour me protéger du malheur.....1	2	3	4	5	6	
24. En général, la vie est principalement un jeu de hasard.....1	2	3	4	5	6	
25. Le monde est un bon endroit.....1	2	3	4	5	6	
26. Les gens sont foncièrement bons et serviables.....1	2	3	4	5	6	
27. Je me comporte habituellement de manière à ce que cela me rapporte le plus de bonnes choses.....1	2	3	4	5	6	
28. Je suis très satisfait(e) de genre de personne que je suis.....1	2	3	4	5	6	
29. Quand des malheurs arrivent, c'est typiquement parce que les gens n'ont pas pris les mesures nécessaires pour se protéger.....1	2	3	4	5	6	
30. Si vous regardez d'assez près, vous constaterez que le monde est plein de bonté.....1	2	3	4	5	6	
31. J'ai des raisons d'avoir honte de mon caractère.....1	2	3	4	5	6	
32. Je suis plus chanceux(se) que la plupart des gens.1	2	3	4	5	6	

Traduction du *World Assumptions Scale*; (Janoff-Bulman, 1989) Laboratoire d'Étude du Trauma, UQAM

APPENDICE I
ENTREVUE ET QUESTIONNAIRES (TEMPS 4)

ÉTUDE PROSPECTIVE

Entrevue pour policiers et policières au

Temps 4 : 12 mois après l'événement

Code confidentiel : _____

Date de l'entrevue : _____

Nom de l'évaluateur : _____

*Nombre de jours écoulés entre l'événement
et l'entrevue :* _____ jours

TSPT

(pour l'événement marquant principal)

Maintenant nous allons revenir à l'événement qui fait l'objet de notre étude (nommer l'événement).

Je vais vous poser des questions pour connaître vos réactions à cet événement au cours du dernier mois.

Commencer l'enregistrement....

Si le participant a mentionné n'avoir vécu aucune des six émotions depuis la première entrevue, vérifier à nouveau le Cx A2 et encrer les émotions vécues s'il y en a.

A. Le sujet a été exposé à un ou plusieurs événements traumatisants répondant aux critères suivants :

1) Événement traumatisant que le sujet a vécu ou dont il a été témoin et au cours duquel il y a eu mort ou menace de mort ou de blessures sérieuses ou au cours duquel la santé du sujet ou celle d'autres personnes a été menacée. ? 1 2 3

2) Événement au cours duquel le sujet a éprouvé une très grande peur ou un vif sentiment d'horreur, d'impuissance, de colère, de honte ou de culpabilité ? 1 2 3

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence...
Vérifier la fréquence et l'intensité par semaine.

B. L'incident est constamment revécu d'une ou plusieurs façons.

Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine.
Intensité minimum : modérée.

Avez-vous pensé malgré vous à l'incident ou le souvenir de l'incident vous est-il venu à l'esprit tout à coup, sans que vous l'ayez souhaité?

1) Souvenirs répétitifs et envahissants.

images ou pensées provoquant détresse TSPT ? 1 2 3

Y avez-vous rêvé?

2) Rêves répétitifs provoquant détresse

TSPT ? 1 2 3

Vous est-il arrivé d'agir ou de vous sentir comme si vous étiez en train de revivre l'incident?

3) Illusions, flash-back récurrents comme

si l'événement allait se reproduire, TSPT ? 1 2 3

sentiment de revivre l'événement

Vous est-il arrivé d'être très bouleversé quand quelque chose vous rappelait l'incident?

4) Sentiment de détresse lorsqu'exposé

à des signaux évoquant des aspects de TSPT ? 1 2 3

l'événement ou symbolisant celui-ci

<p>Vous est-il arrivé d'éprouver des sx physiques - vous mettre à transpirer abondamment ou à respirer de façon laborieuse ou irrégulière ou encore de sentir votre coeur battre très fort?</p>	<p>5) Réactions physiologiques aux signaux</p>	<p>internes ou externes évoquant l'événement TSPT</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Au cours du dernier mois, à quelle fréquence... <i>Vérifier la fréquence et l'intensité par semaine.</i></p>	<p>TSPT: AU MOINS 1 SX EST COTÉ "3". ___/5</p>	<p>? 1 3</p>	
<p>Avez-vous fait votre possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé?</p>	<p>C. Évitement persistant des stimuli associés à l'incident</p>	<p><i>Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine. Intensité minimum : modérée.</i></p>	
<p>Avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet incident?</p>	<p>1) efforts pour éviter pensées, sentiments ou conversations associés au traumatisme</p>	<p>TSPT</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet incident?</p>	<p>2) efforts pour éviter activités, lieux ou personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme</p>	<p>TSPT</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Avez-vous été incapable de vous rappeler certains détails important de ce qui était arrivé? <i>Fréquence min. : Quelques aspects oubliés (20-30%). Intensité minimum : modérée.</i></p>	<p>Émoussement de la réactivité générale</p>	<p>3) incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme</p>	<p>TSPT</p>
<p>Avez-vous ressenti beaucoup moins d'intérêt pour des activités qui vous tenaient à coeur auparavant, comme rencontrer vos amis, lire, regarder la télévision? <i>Fréquence min. : Quelques activités (20-30%). Intensité minimum : modérée.</i></p>	<p>4) réduction nette de l'intérêt pour des activités ayant une valeur significative ou de la participation à de telles activités</p>	<p>TSPT</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Vous êtes-vous senti détaché ou dépourvu de liens avec les autres? <i>Fréquence min. : Un certain temps (20-30%). Intensité minimum : modérée.</i></p>	<p>5) sentiment de détachement ou d'éloignement à l'égard des autres</p>	<p>TSPT</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Vous êtes-vous senti comme engourdi, comme si vous n'éprouviez plus grand-chose pour qui que ce soit ou pour quoi que ce soit? <i>Fréquence min. : Un certain temps (20-30%). Intensité minimum : modérée.</i></p>	<p>6) restriction des affects (incapacité à éprouver de l'amour ou de l'affection)</p>	<p>TSPT</p>	<p>? 1 2 3</p>

<p>Aviez-vous l'impression que vous ne voyiez plus l'avenir de la même façon, que vos projets ont changé? (de manière négative) <i>Fréquence min. : Un certain temps (20-30%).</i> <i>Intensité minimum : modérée.</i></p>	<p>7) sentiments que l'avenir est "bouché" (penser ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants ou vivre longtemps)</p>	TSPT	?	1	2	3
<p>TSPT AU MOINS 3 DES 7 SX SONT COTÉS "3". <u> 7 </u></p>				1	2	3
<p>Au cours du dernier mois, à quelle fréquence... <i>Vérifier la fréquence et l'intensité par semaine.</i></p>	<p>D. Symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) <i>Fréquence minimum : 1 ou 2 fois par semaine.</i> <i>Intensité minimum : modérée.</i></p>					
<p>Avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir? (quel genre de difficultés?)</p>	<p>1) difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu</p>	TSPT	?	1	2	3
<p>Vous-êtes vous montré plus irritable qu'avant? Plus colérique?</p>	<p>2) irritabilité ou accès de colère</p>	TSPT	?	1	2	3
<p>Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer?</p>	<p>3) difficultés de concentration</p>	TSPT	?	1	2	3
<p>Aviez-vous tendance à rester sur vos gardes, à être plus méfiant, même quand vous n'aviez aucune raison de l'être?</p>	<p>4) hypervigilance</p>	TSPT	?	1	2	3
<p>Avez-vous plus tendance à sursauter, par exemple, à la suite d'un bruit soudain?</p>	<p>5) réaction de sursaut exagérée</p>	TSPT	?	1	2	3
<p>TSPT AU MOINS 2 SX SONT COTÉS "3". <u> 5 </u></p>			?	1	2	3

Au cours du dernier mois ...	F. Fonctionnement diminué	TSPT	?	1	2	3
<p>Votre qualité de vie a-t-elle changé (par rapport à avant l'événement)?</p> <p>Est-ce que au cours du dernier mois, votre fonctionnement était diminué dans certains domaines importants de votre vie? Lesquels?</p>						
G. Durée des symptômes						
Combien de temps ont duré les difficultés dont on vient de parler? _____	Symptômes dure pendant plus d'1 mois	TSPT	?	1	2	3
<p>Elle n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref et elle n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou II</p>						
<p>H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (drogue ou médicament) ou à une maladie.</p>						
		TSPT	?	1	2	3
LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES						
SONT COTÉS "3"		TSPT	?	1	2	3
Arrêter l'enregistrement...						

Si le Dx est coté 2, alors indiquer s'il y a un Dx partiel : Oui () Non ()

Dx partiel : 1 Sx de B coté 3 + 1 Sx de C coté 3 + 1 Sx de D coté 3

ou

1 Sx de B coté 3 + 2 Sx de D coté 3

Si le Dx est coté 3, alors indiquer si le TSPT est :

1. **Aigu** : Les Sx ont duré entre 1 et 3 mois
2. **Chronique** : Les Sx ont duré plus de 3 mois
- ~~3. **À survenue différée** : Les Sx apparaissent après 6 mois~~

CHRONOLOGIE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous ...
(SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE)

Le sujet a éprouvé des symptômes répondant
aux critères de l'état de stress post-
traumatique au cours du dernier mois.

? 1 3

Si 3, alors encircler le degré de sévérité du TSPT:

1. **Léger** : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
2. **Moyen** : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. **Sévère** : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

Si 1, le sujet ne répond pas complètement présentement (ou pas du tout) aux critères de TSPT (encircler le degré de rémission):

4. **En rémission partielle** : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de l'état de stress post-traumatique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. **En rémission totale** : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble.
6. **Antécédents d'état de stress post-traumatique** : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DE
L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)
pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les
derniers symptômes d'état de stress
post-traumatique : _____

Entrevue semi-structurée sur la perception du soutien social (EPSS)

Instructions à l'évaluateur en italique.

Les questions suivantes portent sur le soutien que vous avez reçu depuis la dernière rencontre (donc au cours des neuf derniers mois). Pour chaque question, vous devez répondre concernant :

- 1) Le soutien reçu de la part d'un ou de plusieurs de vos proches que vous fréquentez en dehors du travail (ex. conjoint(e), époux (se), ami(e)s, membre(s) de votre famille).
- 2) Le soutien reçu de la part d'un ou de plusieurs de vos collègues de travail.
- 3) Le soutien reçu de la part de votre supérieur immédiat (1^{er} échelon supérieur).
- 4) Le soutien reçu de la part d'un ou de plusieurs des supérieurs de votre supérieur immédiat (2^e échelon supérieur).

Titre de votre **supérieur immédiat** (ex. sergent) : _____

Titre du **2^e échelon supérieur** (ex. lieutenant/commandant) : _____

Avant de commencer, veuillez préciser au policier ou à la policière que les questions sont formulées au pluriel (vos proches, vos collègues, etc.) mais qu'il peut s'agir que d'un seul proche ou d'un seul collègue de travail qui lui a apporté le soutien en question. Ceci est dans le but d'alléger le texte.

Veuillez présenter au policier ou à la policière les feuilles contenant le dessin des différentes échelles. Mentionnez-lui qu'à chaque bloc de questions que vous lui poserez, vous lui préciserez avec quelle échelle il ou elle doit répondre.

Inscrire la réponse du policier (chiffre de l'échelle) sur chaque ligne _____. La première ligne doit toujours contenir la réponse pour les proches en dehors du travail, la deuxième pour les collègues de travail, la troisième pour le supérieur immédiat et la quatrième pour les supérieurs du supérieur immédiat.

Veuillez écrire sur ce questionnaire toute autre information pertinente même s'il n'y a pas de question qui demande cette information.

Pour les questions qui portent sur le **soutien informationnel (conseils)**, veuillez donner au policier les exemples suivants :

- vous suggérer des conduites que vous devriez prendre;
- vous informer de certaines ressources disponibles qui pourraient vous aider;
- vous donner de l'information qui vous aide à mieux comprendre votre situation;
- vous aider à prendre certaines décisions;
- vous présenter différentes options possibles pour résoudre les suites de l'événement.

Pour les questions qui portent sur l'**aide tangible**, veuillez donner au policier les exemples suivants:

- Pour les proches et les **collègues** de travail :
 - faire des tâches ou des commissions à votre place, vous prêter de l'argent ou des biens matériels, vous aider à vous déplacer ou vous accompagner à des rendez-vous.
- Pour les **supérieurs** :
 - vous proposer un réaménagement de vos tâches de travail
 - vous suggérer un congé.

Pour les prochaines questions, demander au participant de répondre avec l'échelle 1.

Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4	5

1. Depuis la dernière rencontre, à quelle fréquence...

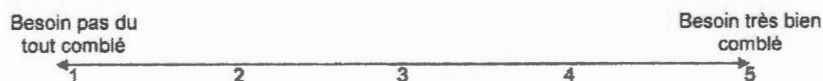
- 1.1. Avez-vous **parlé** à vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) de vos réactions en lien avec l'événement? _____
- 1.2. Vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) vous ont-ils **fait sentir apprécié(e)**?

- 1.3. Vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) vous ont-ils apporté des **conseils** (*donner des exemples*) pour vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?

- 1.4. Vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) vous ont-ils apporté une **aide tangible** (*donner des exemples*) pour vous aider par rapport à vos réactions en lien avec l'événement?

- 1.5. Vous êtes-vous **changé les idées** en compagnie de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) (par exemple, faire des sorties, du sport, relaxer, avoir du plaisir ou pour jaser de choses et d'autres)? _____ N/A N/A

Pour les prochaines questions, demander au participant de répondre avec l'**échelle 2**.



Expliquer au participant ce qu'on entend par un besoin comblé. Un besoin est très bien comblé dans la mesure où il n'y a pas d'écart entre ce que vous ressentez comme besoin de soutien (en quantité et en qualité) et ce que vous recevez réellement comme soutien.

2. Depuis la dernière rencontre, à quel point ressentez-vous que votre besoin a été comblé ...

- 2.1. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme **écoute** et comme **compréhension** de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)?

- 2.2. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme **marque d'appréciation à votre égard** de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)?

- 2.3. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme aide au niveau des **conseils** de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) pour vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?

- 2.4. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme **aide tangible** pour vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)?

- 2.5. Au niveau de ce que vous auriez eu besoin comme soutien pour vous **changer les idées** de la part de vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)?
 _____ N/A N/A

Pour les prochaines questions, demander au participant de répondre avec l'échelle 3.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4	5

3. Depuis la dernière rencontre, j'ai un ou plusieurs de mes (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) ...

- 3.1. À qui je pourrais facilement me **confier**, **parler** de mes réactions en lien avec l'événement si j'en ressentais le besoin. _____
- 3.2. De qui je me **sens apprécié(e)**. _____
- 3.3. Sur qui je pourrais compter pour me donner des **conseils** pour m'aider à gérer mes difficultés en lien avec l'événement si j'en ressentais le besoin. _____
- 3.4. Sur qui je pourrais compter pour m'apporter une **aide tangible** pour m'aider à gérer mes difficultés en lien avec l'événement si j'en ressentais le besoin.

- 3.5. Sur qui je pourrais compter pour me **changer les idées** (par exemple : pour sortir, pour faire du sport, pour relaxer, pour avoir du plaisir ou jaser de choses et d'autres) si j'en ressentais le besoin.
_____ N/A N/A

Pour les prochaines questions, demander au participant de répondre avec l'**échelle 1**.

Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4	5

4. Depuis la dernière rencontre, à quelle fréquence vous êtes-vous **senti** ...

- 4.1. Jugé(e) **négativement** par vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) par rapport à vos interventions en lien avec l'événement?

- 4.2. Jugé(e) **négativement** par vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) dans **votre façon de gérer vos réactions** en lien avec l'événement?

- 4.3. **Délaissé(e)** par vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs) parce qu'ils ne vous ont pas démontré autant d'attention et d'intérêt (ex. encouragement) que vous l'auriez souhaité?

Depuis la dernière rencontre, à quelle fréquence vos (proches) (collègues) (supérieur immédiat) (autres supérieurs)...

- 4.4. Vous ont-ils donné l'impression qu'ils **ne voulaient pas entendre parler** de vos réactions en lien avec l'événement?

- 4.5. Ont-ils semblé **inconfortables ou impatients** lorsque vous parliez de vos réactions en lien avec l'événement?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.1 est cotée « Jamais »
- 4.6. Se sont-ils **plaints de leurs propres problèmes** alors que vous vouliez parler de vos réactions en lien avec l'événement?

- 4.7. Ont-ils semblé **ne pas comprendre** vos réactions en lien avec l'événement ?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.1 est cotée « Jamais »
- 4.8. Ont-ils **minimisé ou banalisé** vos réactions en lien avec l'événement?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.1 est cotée « Jamais »
- 4.9. Vous ont-ils donné des conseils ou de l'information que vous croyez nuisibles ou qui auraient pu vous nuire au lieu de vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.3 est cotée « Jamais »
- 4.10. Se sont-ils **plaints** ou ont-ils semblés **impatients** d'avoir à vous aider en vous fournissant des **conseils** pour vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?
 _____ Inscrire « 1 » si la question 1.3 est cotée « Jamais »

4.11. Ont-ils **évit**é ou **refus**é de vous apporter une **aide tangible** ou se sont-ils **plaints** ou ont-ils semblés **impatients** d'avoir à vous apporter une aide tangible quelconque afin de vous aider à gérer vos réactions en lien avec l'événement?

4.12. Ont-ils semblé vouloir **éviter d'être en votre compagnie** ou ont semblé **ne pas aimer être en votre compagnie**?

4.13. Ont-ils (sans nécessairement vouloir être méchants) fait des **blagues** ou passé des **commentaires** en lien avec l'événement qui vous ont dérangé(e)?

Code confidentiel : _____

Questionnaires à remplir après la quatrième entrevue.

CONSIGNES

Nous apprécierions si vous pouviez compléter les questionnaires suivants.

Veuillez lire attentivement les consignes qui sont indiquées au début de chaque questionnaire. Tout événement mentionné dans les questionnaires se réfère à l'événement _____ dont nous avons parlé lors de l'entrevue. Les questionnaires peuvent faire référence à des périodes de temps différentes (ex. « Au cours des deux dernières semaines », « Au cours du dernier mois » ...), il faut donc se fier aux consignes particulières pour chaque questionnaire.

Vous pourrez constater qu'il s'agit souvent des mêmes questions qui vous ont déjà été posées auparavant. Cela est volontaire de notre part car nous voulons connaître votre état et vos impressions à différents moments dans le temps. Vos réponses peuvent être les mêmes comme elles peuvent être différentes de la dernière fois.

Les questions doivent être complétées seul, c'est-à-dire sans informations supplémentaires de la part de votre entourage.

Il est important de répondre à toutes les questions (recto et verso de toutes les pages). Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Soyez assuré que vos données resteront strictement confidentielles, personne en dehors du personnel de notre équipe de recherche n'aura accès à celles-ci.

Dès que vous aurez complété le questionnaire, veuillez nous le retourner par la poste dans l'enveloppe pré-adressée et pré-affranchie.

Merci de votre collaboration!

Inscrivez ici la date à laquelle vous répondez aux questions :

Jour/Mois/Année : _____

Dans les questionnaires suivants, le genre masculin est employé dans son sens générique et n'implique aucune discrimination fondée sur le sexe.

EMST

Le but de ce questionnaire est de mesurer la fréquence et la sévérité des symptômes dans les 2 dernières semaines. Utilisez l'échelle de fréquence pour encircler la fréquence des symptômes dans la colonne située à gauche de chacun des énoncés. Ensuite, à l'aide de l'échelle de sévérité, encerclez la lettre qui correspond le mieux à la sévérité de chacun des énoncés.

Fréquence :

- 0 Pas du tout
- 1 Une fois par semaine au moins/
un petit peu/
une fois de temps en temps
- 2 2 à 4 fois par semaine/ assez/
la moitié du temps
- 3 5 fois ou plus par semaine/ beaucoup
presque toujours

Sévérité :

- A Pas du tout perturbant
- B Un peu perturbant
- C Modérément perturbant
- D Beaucoup perturbant
- E Extrêmement perturbant

Fréquence				Énoncés	Sévérité				
Pas du tout ...		Presque toujours			Pas du tout Extrêmement perturbant				
0	1	2	3	1. Avez-vous eu des pensées ou des souvenirs pénibles récurrents ou intrusifs concernant l'événement? (répétitifs et envahissants)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	2. Avez-vous eu et continuez-vous à avoir de mauvais rêves ou des cauchemars concernant l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	3. Avez-vous vécu l'expérience de soudainement revivre l'événement, d'avoir un retour en arrière, d'agir ou de sentir que celui-ci se reproduisait?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	4. Avez-vous été perturbé et continuez-vous à être perturbé de façon intense ÉMOTIONNELLEMENT lorsqu'on vous rappelait l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	5. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les pensées et les sentiments associés à l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	6. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les activités, les situations ou les endroits qui vous remémorent l'événement?	A	B	C	D	E

Fréquence :

- 0 Pas du tout
- 1 Une fois par semaine au moins/
un petit peu/
une fois de temps en temps
- 2 2 à 4 fois par semaine/ assez/
la moitié du temps
- 3 5 fois ou plus par semaine/ beaucoup
presque toujours

Sévérité :

- A Pas du tout perturbant
- B Un peu perturbant
- C Modérément perturbant
- D Beaucoup perturbant
- E Extrêmement perturbant

Fréquence				Énoncés	Sévérité				
Pas du tout ... Presque toujours					Pas du tout ... Extrêmement perturbant				
0	1	2	3	7. Y a-t-il des aspects importants de l'événement dont vous ne pouvez toujours pas vous rappeler?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	8. Avez-vous perdu de façon marquée vos intérêts pour vos loisirs depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	9. Vous êtes vous senti détaché ou coupé des gens autour de vous depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	10. Avez-vous senti que votre capacité à ressentir vos émotions a diminué? (ex. : incapable d'avoir des sentiments amoureux, sentiment d'être sans émotion, incapacité à pleurer lorsque triste, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	11. Avez-vous perçu que vos plans ou vos espoirs futurs ont changés en raison de l'événement? (ex. : plus de carrière, mariage, enfants, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	12. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés à vous endormir ou à rester endormi?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	13. Avez-vous été et continuez-vous d'être constamment irritable ou porter à éclater soudainement de colère?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	14. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistantes à vous concentrer?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	15. Êtes-vous excessivement en état d'alerte depuis l'événement (ex. vérifier qui est autour de vous, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	16. Avez-vous été plus nerveux, plus facilement effrayé depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	17. Avez-vous des réactions PHYSIQUES intenses lorsqu'on vous rappelle l'événement? (ex. : sueurs, palpitation, etc.)	A	B	C	D	E



Date:

année / mois / jour

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

<p>1 Tristesse</p> <p>0 Je ne me sens pas triste.</p> <p>1 Je me sens très souvent triste.</p> <p>2 Je suis tout le temps triste.</p> <p>3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.</p> <p>2 Pessimisme</p> <p>0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.</p> <p>1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.</p> <p>2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.</p> <p>3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.</p> <p>3 Échecs dans le passé</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).</p> <p>1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.</p> <p>2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.</p> <p>3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.</p> <p>4 Perte de plaisir</p> <p>0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.</p> <p>1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.</p> <p>2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.</p> <p>3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.</p>	<p>5 Sentiments de culpabilité</p> <p>0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.</p> <p>1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.</p> <p>2 Je me sens coupable la plupart du temps.</p> <p>3 Je me sens tout le temps coupable.</p> <p>6 Sentiment d'être puni(e)</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).</p> <p>1 Je sens que je pourrais être puni(e).</p> <p>2 Je m'attends à être puni(e).</p> <p>3 J'ai le sentiment d'être puni(e).</p> <p>7 Sentiments négatifs envers soi-même</p> <p>0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.</p> <p>1 J'ai perdu confiance en moi.</p> <p>2 Je suis déçu(e) par moi-même.</p> <p>3 Je ne m'aime pas du tout.</p> <p>8 Attitude critique envers soi</p> <p>0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.</p> <p>1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.</p> <p>2 Je me reproche tous mes défauts.</p> <p>3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.</p> <p>9 Pensées ou désirs de suicide</p> <p>0 Je ne pense pas du tout à me suicider.</p> <p>1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.</p> <p>2 J'aimerais me suicider.</p> <p>3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.</p>
---	--



THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION®
Harcourt Brace & Company, Canada

TORONTO
London • San Antonio • Sydney



Copyright © 1987 par Aaron T. Beck
Tous droits réservés. Toute reproduction ou transmission, même partielle, de cet ouvrage par quelque procédé que ce soit, électronique, mécanique ou autre, y compris la photocopie, les bandes magnétiques et les systèmes d'emmagasinage et d'extraction de l'information, sans la permission écrite de l'éditeur, est interdite. Imprimé au Canada.

Verso

0-7747-5230-0

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

ISP

Consignes: Tout d'abord, veuillez identifier votre **proche qui était le plus significatif** dans votre vie **au cours des neuf mois qui se sont écoulés entre la troisième et la quatrième entrevue.** Inscrire son prénom ainsi que le lien que vous aviez avec lui (conjoint, partenaire de travail, parent, ami, etc.).

Prénom: _____ Lien: _____

Quand cette personne vous aide à gérer vos difficultés liées au stress, il(elle) peut adopter différents types de comportements ou d'attitudes. Les énoncés ci-bas sont des réactions possibles de sa part quand vous vous sentiez stressé(e) après l'événement. À l'aide de l'échelle suivante, veuillez évaluer À QUELLE FRÉQUENCE votre proche le plus significatif a répondu de cette façon **au cours des neuf mois qui se sont écoulés entre la troisième et la quatrième entrevue.**

- 1 = N'a jamais répondu de cette façon
- 2 = A rarement répondu de cette façon
- 3 = A parfois répondu de cette façon
- 4 = A souvent répondu de cette façon

Veuillez évaluer à quelle fréquence, au cours des neuf mois qui se sont écoulés entre la troisième et la quatrième entrevue (inscrire le prénom du proche)

- _____ 1. A semblé impatient(e) avec vous.
- _____ 2. A semblé fâché(e) ou irrité(e) avec vous quand il(elle) a fait des choses pour vous aider.
- _____ 3. A semblé ne pas aimer être en votre présence.
- _____ 4. Vous a fait attendre longtemps pour de l'aide quand vous en aviez besoin.
- _____ 5. A évité d'être en votre présence quand vous ne vous sentiez pas bien.
- _____ 6. A fait voir qu'il(elle) ne voulait réellement pas parler de vos difficultés liées au stress.
- _____ 7. A crié ou hurlé après vous.
- _____ 8. N'a pas semblé respecter vos sentiments.
- _____ 9. S'est plaint de vos difficultés liées au stress ou d'avoir à vous aider avec une tâche que vous trouviez difficile à faire par vous-même.

- 1 = N'a jamais répondu de cette façon
2 = A rarement répondu de cette façon
3 = A parfois répondu de cette façon
4 = A souvent répondu de cette façon

- _____ 10. A semblé inconfortable de vous parler au sujet de vos difficultés liées au stress.
- _____ 11. A critiqué la façon dont vous gériez vos difficultés liées au stress.
- _____ 12. A semblé moins acceptant(e) envers vous parce que vous avez des difficultés liées au stress.
- _____ 13. N'a pas été émotivement supportant(e) pour vous alors que vous vous attendiez à recevoir un peu de support.
- _____ 14. A plaisanté et tenté de vous remonter le moral.
- _____ 15. A demandé comment vous vous sentiez.
- _____ 16. Vous a demandé de faire une activité pour vous changer les idées.
- _____ 17. Vous a fait savoir qu'il(elle) serait toujours dans les alentours si vous aviez besoin d'aide.
- _____ 18. A dit que vos émotions étaient normales pour quelqu'un qui avait des difficultés liées au stress.
- _____ 19. Vous a consolé en vous démontrant de l'affection physique.
- _____ 20. Était à vos côtés dans les moments stressants de vos difficultés liées au stress.
- _____ 21. A exprimé de l'intérêt ou du souci au sujet de votre bien-être.
- _____ 22. A initié des discussions au sujet de vos difficultés liées au stress.
- _____ 23. A suggéré des conduites que vous devriez prendre.
- _____ 24. A fait des tâches ménagères ou des courses que vous trouviez difficiles à faire.

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

Échelle de Croyances (Janoff-Bulman, 1989)

En utilisant l'échelle ci-dessous, choisissez le chiffre qui représente le mieux votre accord ou votre désaccord avec chacun des énoncés. Veuillez répondre le plus franchement possible. Merci.

Fortement en désaccord avec l'énoncé	Modérément en désaccord avec l'énoncé	Légèrement en désaccord avec l'énoncé	Légèrement en accord avec l'énoncé	Modérément en accord avec l'énoncé	Fortement en accord avec l'énoncé
1	2	3	4	5	6

Que pensez-vous de chacun des énoncés ... (Encerclez le chiffre correspondant)	Fortement en désaccord avec l'énoncé					Fortement d'accord avec l'énoncé
1. Le malheur est moins à même de frapper les gens s'ils sont respectables et honnêtes.....	1	2	3	4	5	6
2. Les gens sont naturellement hostiles et méchants	1	2	3	4	5	6
3. Les malheurs sont répartis au hasard parmi les gens	1	2	3	4	5	6
4. La nature humaine est foncièrement bonne.....	1	2	3	4	5	6
5. Le nombre de bonnes choses qui se produisent dans ce monde surpasse de beaucoup le nombre de mauvaises	1	2	3	4	5	6
6. Le cours de nos vies est largement déterminé par le hasard.....	1	2	3	4	5	6
7. Généralement, les gens méritent ce qui leur arrive dans ce monde.....	1	2	3	4	5	6
8. Je pense souvent que je ne vauds rien du tout.....	1	2	3	4	5	6
9. Il y a plus de bon que de mauvais dans ce monde.....	1	2	3	4	5	6
10. Je suis fondamentalement une personne chanceuse.....	1	2	3	4	5	6
11. Les malheurs des gens résultent des erreurs qu'ils ont commises.....	1	2	3	4	5	6
12. Les gens ne se préoccupent pas vraiment de ce qui arrive aux autres.....	1	2	3	4	5	6
13. Je me comporte habituellement de façon à augmenter les résultats positifs en ma faveur.....	1	2	3	4	5	6
14. Les gens auront de la chance s'ils sont eux-mêmes bons.....	1	2	3	4	5	6

Que pensez-vous de chacun des énoncés ... (Encerclez le chiffre correspondant)	Fortement en désaccord avec l'énoncé				Fortement d'accord avec l'énoncé
15. La vie comporte trop d'incertitudes qui sont déterminées par le hasard.....1	2	3	4	5	6
16. Quand j'y pense, je me trouve très chanceux (se)1	2	3	4	5	6
17. Je fais presque toujours des efforts pour éviter que des malheurs m'arrivent1	2	3	4	5	6
18. J'ai une faible opinion de moi-même.....1	2	3	4	5	6
19. Dans l'ensemble, les gens "biens" récoltent ce qu'ils méritent dans ce monde.....1	2	3	4	5	6
20. Par nos actions, nous pouvons empêcher les malheurs de nous arriver.....1	2	3	4	5	6
21. En considérant ma vie, je me rends compte que le hasard a joué en ma faveur.....1	2	3	4	5	6
22. Si les gens prenaient des précautions, la plupart des malheurs pourraient être évités.....1	2	3	4	5	6
23. Je prends les mesures nécessaires pour me protéger du malheur.....1	2	3	4	5	6
24. En général, la vie est principalement un jeu de hasard.....1	2	3	4	5	6
25. Le monde est un bon endroit.....1	2	3	4	5	6
26. Les gens sont foncièrement bons et serviables.....1	2	3	4	5	6
27. Je me comporte habituellement de manière à ce que cela me rapporte le plus de bonnes choses.....1	2	3	4	5	6
28. Je suis très satisfait(e) de genre de personne que je suis.....1	2	3	4	5	6
29. Quand des malheurs arrivent, c'est typiquement parce que les gens n'ont pas pris les mesures nécessaires pour se protéger.....1	2	3	4	5	6
30. Si vous regardez d'assez près, vous constaterez que le monde est plein de bonté.....1	2	3	4	5	6
31. J'ai des raisons d'avoir honte de mon caractère.....1	2	3	4	5	6
32. Je suis plus chanceux(se) que la plupart des gens.1	2	3	4	5	6

Traduction du *World Assumptions Scale*; (Janoff-Bulman, 1989) Laboratoire d'Étude du Trauma, UQAM

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

- Abramowitz, J.S., Deacon, B.J., & Whiteside, S.P.H. (2011). *Exposure Therapy for Anxiety: Principles and Practice*. New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Texte révisé* (4ème édition). Paris: Masson.
- American Psychiatric Association. (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Andrews, B., Brewin, C.R., & Rose, S. (2003). Gender, social support and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 421-427.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Barrera, M., Sandler, I.N., & Ramsay, T.B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9(4), 435-447.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R., & Ranieri, W.F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manuel de l'Inventaire de dépression de Beck*, (2^e éd.). Canada: Harcourt Brace & Company.
- Beehr, T.A., King, L.A., & King, D.W. (1990). Social support and occupational stress: talking to supervisors. *Journal of Vocational Behavior*, 36, 61-81.
- Belle, D. (1987). Gender differences in the social moderators of stress. In R.S. Barnett, L. Biener, & G.K. Baruch (Eds.), *Gender and stress* (pp. 257-277). New York: Free Press.

- Billette, V., Guay, S., & Marchand, A. (2008). Posttraumatic stress disorder and social support in female victims of sexual assault: The impact of spousal involvement on the efficacy of cognitive-behavioral therapy. *Behavior Modification, 32*(6), 876-896.
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*(3), 458-475.
- Bolger, N., Zuckerman, A., & Kessler, R.C. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*(6), 953-961.
- Borja, S.E., Callahan, J.L., & Long, P.J. (2006). Positive and negative adjustment and social support of sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress, 19*(6), 905-914.
- Breslau, N., Chilcoat, H.D., Kessler, R.C., & Davis, G.C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from the Detroit Area Survey of Trauma. *The American Journal of Psychiatry, 156*(6), 902-907.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748-766.
- Brewin, C.R., MacCarthy, B., & Furnham, A. (1989). Social support in the face of adversity: The role of cognitive appraisal. *Journal of Research in Personality, 23*(3), 354-372.
- Brillon, P. (2004). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique: Guide à l'intention des thérapeutes*. Montréal: Les Éditions Quebecor.
- Caplan, R.D., Cobb, S., French, J.R.P., Van Harrison, R., & Pinneau, S.R. (1980). *Job demands and worker health: Main effects and occupational differences*. University of Michigan, Survey Research Center.
- Carlier, I.V.E. (1999). Finding meaning in police traumas. In J.M. Violanti & D. Paton (Eds.), *Police trauma: Psychological aftermath of civilian combat* (pp. 227-239). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., & Gersons, B.P.R. (1997). Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*(8), 498-506.
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social Bonds and Posttraumatic Stress Disorder. *Annual Review of Psychology, 59*, 301-328.
- Clapp, J.D., & Beck, J.G. (2009). Understanding the relationship between PTSD and social support: The role of negative network orientation. *Behaviour Research and Therapy, 47*(3), 237-244.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Earlbaum.
- Cohen, S., & Hoberman, H.M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13(2), 99-125.
- Coyne, J.C., Wortman, C.B., & Lehman, D.R. (1988). The other side of support: Emotional overinvolvement and miscarried helping. In B.H.E. Gottlieb (Ed.), *Marshaling social support: Formats, processes, and effects* (pp. 305-330). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cutrona, C.E., & Russell, D. (1987). The provisions of social support and adaptation to stress. *Advance in Personal Relationships*, 1, 37-67.
- Dagleish, T., Joseph, S., Thrasher, S., Tranah, T., & Yule, W. (1996). Crisis support following the Herald of Free-Enterprise disaster: a longitudinal perspective. *Journal of Traumatic Stress*, 9(4), 833-45.
- Darensburg, T., Andrew, M.E., Hartley, T.A., Burchfiel, C.M., Fekedulegn, D., & Violanti, J.M. (2006). Gender and age differences in posttraumatic stress disorder and depression among Buffalo police officers. *Traumatology*, 12(3), 220-228.
- Darley, J.M., & Latané, B. (1968). Bystander Intervention in Emergencies: Diffusion of Responsibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8(4), 377-383.
- Davidson, A.C., & Moss, S.A. (2008). Examining the trauma disclosure of police officers to their partners and officers' subsequent adjustment. *Journal of Language and Social Psychology*, 27(1), 51-70.
- Dozois, D.J.A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J.L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10(2), 83-89.
- Duckworth, D.H. (1986). Psychological problems arising from disaster work. *Stress Medicine*, 2, 315-323.
- Dunkel-Schetter, C., & Bennett, T.L. (1990). Differencing the cognitive and behavioral aspects of social support. In B.R. Sarason, I.G. Sarason, & G.R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp.267-296). New York: Wiley.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Elklit, A., Shevlin, M., Solomon, Z., & Dekel, R. (2007). Factor structure and concurrent validity of the World Assumptions Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 291-301.

- Falsetti, S., Resnick, H., Resnick P.A., & Kilpatrick, D. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *The Behavioral Therapist*, 16, 161-162.
- Farnsworth, J.K., & Sewell, K.W. (2011). Fear of emotion as a moderator between PTSD and firefighter social interactions. *Journal of Traumatic Stress*, 24(4), 444-450.
- Fenlason, K.J., & Beehr, T.A. (1994). Social support and occupation stress: effects of talking to others. *Journal of Organizational Behavior*, 15, 157-175.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fisher, J.D., Nadler, A., & Whitcher-Alagna, S. (1982). Recipient reactions to aid. *Psychological Bulletin*, 91(1), 27-54.
- Flaherty, J., & Richman, J.A. (1989). Gender differences in the perception and utilization of social support: Theoretical perspectives and an empirical test. *Social Science & Medicine*, 28(12), 1221-1228.
- Foa, E.B., Steketee, G., & Rothbaum, B.O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20(2), 155-176.
- Friedman, M., & Higson-Smith, C. (2003). Building psychological resilience: Learning from the South African police service. In D. Paton, J.M., Violanti, & Smith, L.M. (Eds.), *Promoting capabilities to manage posttraumatic stress: Perspectives on resilience* (pp. 103-118). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Guay, S., Beaulieu-Prévost, D., Beaudoin, C., St-Jean-Trudel, E., Nachar, N., Marchand, A. et al. (2011). How do social interactions with a significant other affect PTSD symptoms? An empirical investigation with a clinical sample. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 20, 280-303.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3), 327-338.
- Guay, S., & Marchand, A. (2006). *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements*. Montréal, Québec, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Guay, S., Marchand, A., & Billette, V. (2006). Impact du soutien social sur l'état de stress post-traumatique: Données empiriques, aspects étiologiques et stratégies d'intervention. In S. Guay & A. Marchand (Eds), *Les troubles liés aux événements*

- traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements* (pp. 369-384). Montreal, Quebec, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Guay, S., Marchand, A., Iucci S., & Martin, A. (2002). Validation de la version québécoise de l'échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique auprès d'un échantillon clinique. *Revue québécoise de psychologie*, 23(3), 257-269.
- Guay, S., & Miller, J.-M. (2000). *Traductions du Perceived Supportive Spouse Behaviors et du Perceived Negative Spouse Behaviors*. Unpublished manuscript. Centre de recherche Fernand-Seguin.
- Halvorsen, J.O., & Kagee, A. (2010). Predictors of Psychological Sequelae of Torture Among South African Former Political Prisoners. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(6), 989-1005.
- Hébert, F., Duguay, P., & Massicotte, P. (2003). *Les actes violents en milieu de travail: Des différences selon le sexe*. Présentation au XXVe congrès de l'AQHSST, Trois-Rivières, Québec, Canada.
- Helgeson, V.S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 12(Suppl. 1), 25-31.
- Hess, U., Senécal, S., & Vallerand, R.J. (2000). Les méthodes quantitative et qualitative de recherche en psychologie. In R.J. Vallerand & U. Hess (Éds.), *Méthodes de recherche en psychologie* (pp. 507-529). Montréal: Gaëtan Morin.
- Hobfoll, S.E., & London, P. (1986). The relationship of self-concept and social support to emotional distress among women during war. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(2), 189-203.
- Horowitz, M.J. (1986). *Stress response syndromes (2nd edition)*. Northvale, New Jersey: Nathan Aronson.
- Howard, C., Tuffin, K., & Stephens, C. (2000). Unspeakable emotion: A discursive analysis of police talk about reactions to trauma. *Journal of Language and Social Psychology*, 19(3), 295-314.
- Jacobsen, D.E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of Health & Social Behavior*, 27(3), 250-264.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.
- Joseph, S., Andrews, B., Williams, R., & Yule, W. (1992). Crisis support and psychiatric symptomatology in adult survivors of the Jupiter cruise ship disaster. *British Journal of Clinical Psychology*, 31(1), 63-73.

- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding post-traumatic stress: a psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chichester, England: Wiley.
- Jourdan-Ionescu, C. (2001). Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience. *Revue québécoise de psychologie*, 22(1), 163-186.
- Kaniasty, K. (2005). Social support and traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 16(2), 1-7.
- Kaniasty, K., & Norris, F.H. (1993). A test of the social support deterioration model in the context of natural disaster. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(3), 395-408.
- Kaniasty, K., & Norris, F.H. (2008). Longitudinal linkages between perceived social support and posttraumatic stress symptoms: Sequential roles of social causation and social selection. *Journal of Traumatic Stress*, 21(3), 274-281.
- Keane, T.M., & Barlow, D.H. (2002). Posttraumatic Stress Disorder. In D.H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 418-453). New York: Guilford Press.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of *DSM-IV* disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- King, D.W., King, L.A., Foy, D., Keane, T., & Fairbank, J. (1999). Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: Risk factors, war-zone stressors, and resilience-recovery variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 164-170.
- King, D.W., Taft, C., King, L.A., Hammond, C., & Stone, E.R. (2006). Directionality of the Association Between Social Support and Posttraumatic Stress Disorder: A Longitudinal Investigation. *Journal of Applied Social Psychology*, 36(12), 2980-2992.
- King, D.W., Vogt, D.S., & King, L.A. (2004). Risk and resilience factors in the etiology of chronic posttraumatic stress disorder. In B.T. Litz (Ed.), *Early intervention for trauma and traumatic loss* (pp. 34-64). New York: Guilford Press.
- Koenen, K.C., Stellman, J.M., Stellman, S.D., & Sommer J.F. (2003). Risk factors for course of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans: a 14 year follow-up of

- American Legionnaires. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 980-986.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., et al. (1990). *Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Lepore, S.J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In A. Baum & B.L. Anderson (Éds), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 99-116). Washington, DC: American Psychological Association.
- Levenson Jr., R.L., & Dwyer, L.A. (2003). Peer Support in Law Enforcement: Past, Present, and Future. *International Journal of Emergency Mental Health*, 5(3), 147-152.
- Lilly, M.M., Pole, N., Best, S.R., Metzler, T.J., & Marmar, C.R. (2009). Gender and PTSD: what can we learn from female police officers? *Journal of Anxiety Disorders*, 23(6), 767-774.
- LaRocco, J.M., House, J.S., & French, J.R.P. (1980). Co-worker and leader support as moderators of stress-strain relationships in work situations. *Journal of Applied Psychology*, 63, 629-634.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Loo, R. (1986). Post-shooting stress reactions among police officers. *Journal of Human Stress*, 12(1), 27-31.
- MacLeod, M.D., & Paton, D. (1999). Police officers and violent crime: social psychological perspectives on impact and recovery. In D. Paton & J.M. Violanti (Eds.), *Police trauma: psychological aftermath of civilian combat* (pp. 25-36). Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Maia, D.B., Marmar, C.R., Henn-Haase, C., Nóbrega, A., Fiszman, A., Marques-Portella, C. et al. (2011). Predictors of PTSD Symptoms in Brazilian Police Officers: the Synergy of Negative Affect and Peritraumatic Dissociation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(4), 362-366.
- Maia, D.B., Marmar, C. R., Metzler, T., Nóbrega, A., Berger, W., Mendlowicz, M.V. et al. (2007). Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: Prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), 241-245.
- Mann, J.P., & Neece, J. (1990). Workers' compensation for law enforcement related post-traumatic stress disorder. *Behavioral Sciences and the Law*, 8, 447-456.

- Manne, S.L., Taylor, K.L., Dougherty, J., & Kemeny, N. (1997). Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 101-125.
- Marchand, A., Bousquet Des Groseilliers, I., & Brunet, A. (2006). Psychotraumatismes: Stratégies d'intervention psychothérapique postimmédiate. In S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements* (pp. 165-190). Montreal, Quebec, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Marmar, C.R., McCaslin, S.E., Metzler, T.J., Best, S.R., Weiss, D.S., Fagan, J.A. et al. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 1-18.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J., Ronfeldt, H.M., & Foreman, C. (1996). Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta earthquake interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 63-85.
- Martin, M. (2010). *Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers*. Thèse de doctorat. Montréal: Université du Québec à Montréal.
- Martin, M., Germain, V., & Marchand, A. (2006). Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique. In S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements* (pp. 51-68). Montreal, Quebec, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Martin, M., Marchand, A., & Boyer, R. (2003). L'échelle de sévérité du trauma. Document inédit, Laboratoire d'étude du trauma au département de psychologie de l'UQAM.
- Martin, M., Marchand, A., Boyer, R., & Martin, N. (2009). Predictors of the development of posttraumatic stress disorder among police officers. *Journal of Trauma and Dissociation*, 10(4), 451-468.
- McNally, V.J., & Solomon, R.M. (1999). The FBI's critical incident stress management program. *FBI Law Enforcement Bulletin*, 68(2), 20-26.
- Miller, L. (1995). Tough guys: Psychotherapeutic strategies with law enforcement and emergency services personnel. *Psychotherapy*, 32(4), 592-600.
- Monson, C.M., Fredman, S.J., & Adair, K.C. (2008). Cognitive-behavioral conjoint therapy for posttraumatic stress disorder: Application to Operation Enduring and Iraqi Freedom veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 64(8), 958-971.

- Nadler, A., & Fisher, J.D. (1986). The role of threat to self-esteem and perceived control in recipient reaction to help: Theory development and empirical validation. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (pp. 81-122). Orlando, FL: Academic Press.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2008). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 5(1), 3-36.
- Pash, L.A., & Bradbury, T.N. (1998). Social support, conflict, and the development of marital dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 219-230.
- Paton, D. (1997). Post-event support for disaster workers: Integrating recovery resources and the recovery environment. *Disaster Prevention and Management*, 6(1), 43-49.
- Paton, D. (2006). Critical incident stress risk in police officers: Managing resilience and vulnerability. *Traumatology*, 12(3), 198-206.
- Perrin, M.A., DiGrande, L., Wheeler, K., Thorpe, L., Farfel, M., & Brackbill, R. (2007). Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1385-94.
- Pogrebin, M.R., & Poole, E.D. (1995). Emotion management: A study of police response to tragic events. In M.G.E. Flaherty & C.E. Ellis (Eds.), *Social perspectives on emotion*, Vol. 3 (pp. 149-168). JAI Press: Elsevier Science.
- Pole, N., Best, S.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J., Liberman, A.M., Fagan, J.A., & Marmar, C.R. (2001). Effects of gender and ethnicity on duty-related posttraumatic stress symptoms among urban police officers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(7), 442-448.
- Pole, N., Kulkarni, M., Bernstein, A., & Kaufmann, G. (2006). Resilience in retired police officers. *Traumatology*, 12(3), 207-216.
- Pollock, C., Paton, D., Smith, L.M., & Violanti, J.M. (2003). Team resilience. In D. Paton, J. M. Violanti, & L. M. Smith (Eds.), *Promoting capabilities to manage posttraumatic stress: Perspectives on resilience* (pp. 74-88). Springfield, IL, US: Charles C Thomas Publisher.

- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2010). Risk and resilience factors among Italian municipal police officers exposed to critical incidents. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 25(1), 27-33.
- Procidano, M.E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24.
- Price, M., Gros, D.F., Strachan, M., Ruggiero, K.J., & Acierno, R. (2011). The role of social support in exposure therapy for Operation Iraqi Freedom/Operation Enduring Freedom veterans: A preliminary investigation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, DOI:10.1037/a0026244.
- Punamäki, R.-L., Komproe, I.H., Qouta, S., El Masri, M., & De Jong, J.T.V.M. (2005). The deterioration and mobilization effects of trauma on social support: childhood maltreatment and adulthood military violence in a Palestinian community sample. *Child Abuse and Neglect*, 29(4), 351-373.
- Reiser, M., & Geiger, S.P. (1984). Police officer as victim. *Professional Psychology: Research & Practice*, 15(3), 315-323.
- Robinaugh, D.J., Marques, L., Traeger, L.N., Marks, E.H., Sung, S.C., Gayle Beck, J. et al. (2011). Understanding the relationship of perceived social support to post-trauma cognitions and posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(8), 1072-1078.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality & Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Stephens, C. (1997). Debriefing, social support and PTSD in the New Zealand Police: Testing a multidimensional model of organisational traumatic stress. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1, Récupéré le 10 mars, 2008, à partir de <http://www.massey.ac.nz/~trauma/>.
- Stephens, C., & Long, N. (1999). Posttraumatic stress disorder in the New Zealand police: The moderating role of social support following traumatic stress. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 12(3), 247-164.
- Stephens, C., & Long, N. (2000). Communication with police supervisors and peers as a buffer of work-related traumatic stress. *Journal of Organizational Behavior*, 21(4), 407-424.
- Stephens, C., & Miller, I. (1998). Traumatic experiences and post-traumatic stress disorder in the New Zealand police. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 21(1), 178-191.

- St-Jean-Trudel, E., Guay, S., & Bonaventure, M. (2003). Social support and anxiety disorders: A pilot study. Affiche présentée à l'AABT's 37th Annual Convention, Boston, MS.
- Tarrier, N., & Humphreys, A.-L. (2003). PTSD and the social support of the interpersonal environment: The development of social cognitive behavior therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 187-198.
- Thrasher, S., Power, M., Morant, N., Marks, I., & Dalgleish, T. (2010). Social support moderates outcomes in a randomized controlled trial of exposure therapy and (or) cognitive restructuring for chronic posttraumatic stress disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(3), 187-190.
- Ullman, S.E., & Filipas, H.H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 369-389.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M.H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS: Neuroscience & Therapeutics*, 14, 171-181.
- Vaux, A., Riedel, S., & Stewart, D. (1987). Modes of social support: The Social Support Behaviors (SS-B) Scale. *American Journal of Community Psychology*, 15, 209-237
- Violanti, J.M. (1996). Trauma stress and police work. In D.E. Paton & J.M.E. Violanti (Eds.), *Traumatic stress in critical occupations: Recognition, consequences and treatment* (pp. 87-112). Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Violanti, J.M., & Gehrke, A. (2004). Police trauma encounters: precursors of compassion fatigue. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6(2), 75-80.
- Weiss, R. (1976) Transition states and other stressful situations: Their nature and programs for their management. In G. Caplan & M. Killilea (Éds), *Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations*. New York: Grune et Stratton.
- Williams, R. & Joseph, S. (1999). Conclusions: An integrative psychosocial model of PTSD. In W. Yule (Ed.). *Post-traumatic stress disorders: Concepts and therapy* (pp. 297-314). Chichester, England: Wiley.
- Wills, T.A., & Fegan, M.F. (2001). Social networks and social support. In A. Baum, T.A. Revenson, & J.E. Singer (Éds). *Handbook of Health Psychology* (pp. 209-234). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wills, T.A., & Shinar, O. (2000). Measuring perceived and received social support. In S. Cohen, L.G. Underwood, & B.H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 86-135). New York, NY: Oxford University Press.

- Winefield, H.R., Winefield, A.H., & Tiggemann, M. (1992). Social support and psychological well-being in young adults: The Multi-Dimensional Support Scale. *Journal of Personality Assessment*, 58(1), 198-210.
- Woody, R.H. (2005). The Police Culture: Research Implications for Psychological Services. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 525-529.
- Yuan, C., Wang, Z., Inslicht, S.S., McCaslin, S.E., Metzler, T.J., Henn-Haase, C. et al. (2011). Protective factors for posttraumatic stress disorder symptoms in a prospective study of police officers. *Psychiatry Research*, 188(1), 45-50.
- Zanarini, M.C., Skodol, A.E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E. et al. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of Axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorder*, 14(4), 291-299.
- Zoellner, L.A., Foa, E.B., & Brigidi, B.D. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 12(4), 689-700.